

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

433

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Maxime V I E L

né le 4 Juin 1934 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

1961

ACTIVITE OBSTETRICALE DU
SERVICE DE MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA PITIE
PENDANT L'ANNEE 1959

Président: M. LACOMME, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Beaujon	SICARD (A.)
Cochin	N.
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	BAUDELLOCQUE
» » (Prof ^r à titre personnel)	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	LELONG (M.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MARIE (J.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	N.
» » (Prof ^r à titre personnel)	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	SÈZE (S. de)
	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DEPARIS (M.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	FASQUELLE (R.)
» (Prof ^r à titre personnel)	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L. C.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAURENCE (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie respiratoire	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	TURIAF (F.)
Pharmacologie	BOUDIN (G.)
» (Prof ^r à titre personnel)	CHEYMOL (J.)
Physiologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BINET (L.)
» » »	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	PARROT (J.)
Physique médicale	LEPAGE (F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	LÉGER (L.)
	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Parasitologie	CHABAUD (A.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLJANSKI (J.), m. conf.		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie chirurgicale	{
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)		FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICNET (G.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	Pathologie expérimentale	{
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mlle L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		

	MM.		MM.
	{ JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	{ MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	{ NOZZICONAGGI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	{ POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	{ ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.)	Stomatologie	{ CERNÉA (P.)
	{ LECHAT (P.)		{ CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Physiologie	DEJOURS (P.)		{ GRELLET (M.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.), m. conf.	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	{ pr. s. ch.		{ LAMOTTE (M.)
	{ KELLERSHOHN	Urologie	QUENU (L.)

**III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.**

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.)
			{ MAYER (M.)
			{ RAVINA (J.)
	{ ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique .	{ DESVIGNES (P.)
	{ ANELINE (A), pr. s. ch.		{ OFFRET (G.)
	{ HUGUIER (J.)	Clinique oto-rhino-laryngo-	
Clinique chirurgicale . . .	{ OLIVIER (C.)	logique	MADURO (R.)
	{ PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique et pué-	
	{ POILLEUX (F.)	riculture	LAPLANE (R.)
	{ ROUX (M.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	{ VERNE (J.-M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
Clinique médicale	{ DOMART (A.)	Médecine légale	GAULTIER
	{ PERRAULT (M.)		
	{ RAMBERT (P.)		
	{ THIEFFRY (S.)		

**IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS
DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES**

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE,

Je dédie ce travail en témoignage de ma
filiale et affectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur LACOMME,

Professeur de la Chaire de Clinique à l'Hôpital Baudelocque,
Accoucheur des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A mon Maître, M. le Professeur Agrégé Jacques GRASSET,
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

qui a bien voulu me confier le sujet de cette
thèse, et m'a accueilli dans son service avec
la plus grande bien veillance, me guidant de
ses conseils éclairés.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
ma grande reconnaissance et l'assurance de
mon respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Henri MONDOR
de l'Académie Française
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris.

A Monsieur le Professeur Jean PATEL
Professeur de Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine
de Paris,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

A Monsieur le Professeur François De GAUDART - D'ALLAINES
Professeur de Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire de
la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur Henri WELTI
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

A Monsieur le Docteur Pierre TANRET
Médecin des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur Robert TRICOT
Médecin des Hôpitaux de Paris

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

En hommage respectueux.

INTRODUCTION

=====

Ce travail se propose d'étudier l'activité obstétricale du service de notre Maître le Professeur Agrégé Jacques GRASSET, pendant l'année 1959.

Après avoir indiqué le nombre des consultantes dans les différentes consultations du service, nous envisagerons l'activité obstétricale proprement dite en étudiant successivement :

I - Les avortements.

II - Les accouchements, les différentes présentations, les accouchements gemellaires, et les accouchements psycho-prophylactiques.

III - Les états pathologiques compliquant la gestation ou associés à la gestation :

- Vomissements graves de la grossesse,
- Affections vasculo-rénales,
- Cardiopathies ,
- Diabète,
- Tuberculose,
- Syphilis, etc...

IV - Les insuffisances hormonales au cours de la gestation.

V - Les complications de la gestation.

VI - Les anomalies de la parturition :

- Accouchements prématurés ,
- Grossesses prolongées et à leur propos nous étudierons la méthode de diagnostic par le colpocytogramme et la méthode médicamenteuse de déclenchement artificiel du travail mise au point par le Professeur J. GRASSET.

- Dystocies dynamiques en étudiant les principes et la technique d'utilisation de la méthode de l'accouchement physiologiquement accéléré utilisée depuis plusieurs années dans le service du Professeur J. GRASSET.
- Procidences.
- Dystocies des épaules.

VII - Les viciations pelviennes .

VIII - Les anomalies et les complications de la délivrance.

IX - La pathologie des suites de couches.

X - Les interventions au cours de la perturbation.

XI - Le fœtus et le nouveau-né.

XII - La mortalité maternelle.

Nous nous limiterons à l'étude de l'activité strictement obstétricale sans envisager l'activité gynécologique du service.

PREMIERE PARTIE

CONSULTATIONS

Pendant une période de 12 mois du 1er janvier au 31 décembre 1959 le service de consultations de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié a enregistré 11.963 consultations qui se répartissent de la façon suivante :

- 4.984 consultations prénatales
- 430 consultations post-natales
- 2.244 consultations de nourrissons
- 3.644 consultations de gynécologie et de stérilité
- 61 consultations de maladies héréditaires.

DEUXIEME PARTIE

=====

LES ACCOUCHEMENTS

=====

Femmes hospitalisées	2.171
Accouchements	1.698
Gemellaires	36
Mortalité maternelle	2
Enfants vivants à la sortie de la clinique	1.667
Morti-natalité et mortalité infantile	31
Avortements	460
Avortement thérapeutique	1
- Césariennes	72

=====

A V O R T E M E N T S (460 observations)

=====

I - ETIOLOGIEa - Inconnue

1 - 2 - 3 - 5 - 6 - 8 - 9 - 11 - 12 - 14 - 16 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 -
 25 - 26 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 35 -
 48 - (greffe basse de l'oeuf) - 50 - 51 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 61 - 62 -
 (grippe) - 64 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 78 - 79 - 80 (foetus présen-
 tant des lésions traumatiques) - 81 - 82 - 83 - 84 - 86 - 87 - 89 - 90 -
 92 - 93 - 95 - 97 - 99 - 100 - 102 - 105 - 107 - 108 - 111 - 112 - 113 -
 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 124 - 125 - 126 -
 128 - 129 - 130 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 -
 141 - 142 - 143 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 152 - 153 - 154 - 155 -
 156 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 -
 170 - 171 - 172 - 175 - 176 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 -
 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 -
 197 - 198 - 200 - 202 - 203 - 204 - 205 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 -
 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 223 - 224 - 225 - 226 - 228 -
 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 242 -
 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 251 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 -
 259 - 259 bis - 262 - 263 - 264 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 -
 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 279 - 280 - 281 - 281 bis - 282 - 283 -
 286 - 289 - 290 - 292 - 293 - 295 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 -
 303 - 304 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 314 - 316 - 319 - 320 -
 321 - 323 - 325 - 326 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 -
 336 - 338 - 341 - 342 - 343 - 344 - 346 - 347 - 349 - 350 - 353 - 354 -
 357 - 358 - 360 - 363 - 365 - 367 - 368 - 370 - 372 - 373 - 374 - 378 -
 380 - 381 - 384 - 385 - 386 - 387 - 389 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 -
 397 - 398 - 399 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 -
 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 416 - 417 - 418 - 419 - 421 - 422 - 423 -
 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 432 - 434 - 435 - 436 - 438 -
 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 -
 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 460 -

b - Connue1 - Manoeuvres abortives

5 (sonde) - 10 (sonde) - 15 (sonde) - 27 (sonde) - 37 (sonde) -
 44 (sonde) - 46 (sonde) - 47 (eau bouillante) - 51 (sonde) - 56 (in-
 jection) - 60 (sonde) - 63 (sonde) - 65 (eau de savon) - 76 (sonde)
 77 (persil) - 88 (sonde) - 92 (sonde) - 94 (sonde) - 96 (sonde) -
 98 (sonde) - 101 (sonde) - 104 (sonde) - 105 (sonde) - 108 (sonde)
 115 (permanganate + sonde) - 123 (sonde) - 176 (imprécise) -
 191 (savon) - 204 (sonde) - 207 (sonde) - 291 (eau de javel) -
 305 (sonde) - 317 (sonde) - 318 (sonde) - 322 (sonde) - 337 (sonde)
 339 (sonde) - 340 (sonde) - 345 (sonde) - 351 (sonde) - 352 (sonde)
 354 (sonde) - 356 (sonde) - 364 (sonde) - 366 (sonde) - 369 (sonde)
 376 (sonde) - 377 (sonde) - 381 (injection d'air) - 403 (injection
 d'air) - 415 (quinine + aspirine) - 421 (quinine + aspirine) -
 432 (injection d'eau bouillante) - 431 - 436 - 459.

2 - Autres étiologiesSyphilis

409 Découverte de la syphilis un an auparavant - non traitée
 Avortement à 2 mois I/2.

Insuffisance hormonale

53 Insuffisance hormonale traitée

74 Avortements à répétition - Insuffisance globale traitée par
 oestrogènes et progestérone - béance de l'isthme.
 Avortement à 3 mois I/2.

433 Insuffisance folliculinique modérée traitée par distilbène.

Epilepsie

45 Malade envoyée dans le coma par le service de neuro-chirurgie pour angiome cérébral entraînant un état de mal épileptique.
 Avortement à 2 mois I/2.

Traumatisme

67 Laparotomie exploratrice au 2ème mois de la gestation -
 Expulsion du fœtus au 3ème mois.

Etiologies diverses

- 17 Inversion utérine du premier degré - Expulsion du fœtus à 2 mois et demi.
- 28 Antécédents de perforation utérine - Avortement à 1 mois et demi.
- 36 Grossesse angulaire.
- 91 Ovariectomie 2 ans auparavant - Avortement au 2ème mois.
- 145 - 150 - 177 - 266 - 383 - 439 - Utérus fibromateux - Avortements à répétition)
- 388 2 enfants, 3 avortements antérieurs - 4ème fausse couche à 2 mois. Hémorragie par syndrome d'hypocoagulabilité nécessitant une hystérectomie.
- 313 Grossesse extra-utérine en 1958
- 400 Envoyé d'un service de médecine pour septicémie à colibacille. Expulsion d'un fœtus de 3 mois.
- 155 Coma barbiturique - Avortement au 1er mois de la gestation.

II - AGE DE LA GROSSESSE

1er mois

14 observations

25 - 32 - 33 - 169 - 171 - 177 - 233 - 242 bis - 256 - 270 - 368 - 382 - 435 - 436.

2ème mois

39 observations

16 - 46 - 58 - 86 - 87 - 88 - 107 - 108 - 116 - 117 - 125 - 164 - 177 - 180 - 197 - 200 - 207 - 223 - 226 - 232 bis - 259 - 262 - 264 - 283 - 309 - 313 - 315 - 316 - 322 - 340 - 344 - 392 - 400 - 419 - 429 - 437 - 447 - 450 - 459 -

3ème mois

214 observations

5 - 6 - 9 - 10 - 11 - 14 - 15 - 18 - 19 - 20 - 21 - 26 - 29 - 30 - 34 - 35 - 36 - 39 - 40 - 41 - 44 - 45 - 48 - 57 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 71 - 72 - 77 - 78 - 81 - 84 - 89 - 90 - 91 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 101 - 102 - 104 - 105 - 111 - 112 - 113 - 127 - 128 - 129 - 130 - 122 - 123 - 133 - 135 - 136 - 137 - 138 - 142 - 141 - 143 - 144 - 145 - 146 - 148 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 159 - 160 - 169 - 170 - 172 - 175 - 176 - 179 - 182 - 184 - 185 - 186 - 188 - 189 bis - 190 - 191 - 194 - 195 - 201 - 203 -

204 - 208 - 210 - 211 - 212 - 214 - 216 - 219 - 220 - 225 - 228 - 229 - 230 -
 231 - 232 - 236 - 237 - 239 - 243 - 246 - 247 - 248 - 251 - 257 - 263 - 266 -
 266 bis - 273 - 277 - 279 - 281 - 290 - 292 - 298 - 299 - 300 - 301 - 304 -
 305 - 306 - 308 - 310 - 311 - 312 - 314 - 316 - 318 - 319 - 320 - 325 - 328 -
 329 - 330 - 331 - 333 - 335 - 336 - 338 - 339 - 340 - 342 - 348 - 349 - 350 -
 352 - 354 - 354 bis - 358 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 370 - 374 -
 377 - 378 - 380 - 381 - 384 - 387 - 388 - 389 - 390 - 393 - 395 - 398 - 401 -
 403 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 417 -
 420 - 421 - 423 - 424 - 426 - 432 - 433 - 438 - 439 - 441 - 443 - 444 - 451 -
 452 - 458 -

4ème mois

114 observations

4 - 12 - 20 - 23 - 28 - 37 - 42 - 43 - 45 - 47 - 49 - 50 - 53 - 55 - 59 - 60 -
 62 - 69 - 70 - 74 - 75 - 76 - 79 - 82 - 83 - 93 - 95 - 98 - 106 - 115 - 120 -
 124 - 126 - 134 - 147 - 149 - 156 - 157 - 158 - 160 - 162 - 165 - 166 - 167 -
 168 - 171 - 176 bis - 178 - 181 - 189 - 191 - 192 - 193 - 196 - 209 - 211 -
 230 - 238 - 240 - 244 - 253 - 254 - 255 - 256 - 259 - 268 - 269 - 271 - 272 -
 274 - 282 - 286 - 287 - 289 - 291 - 295 bis - 297 - 302 - 307 - 326 - 334 -
 337 - 339 - 345 - 347 - 354 bis - 356 - 357 - 371 - 373 - 376 - 381 -
 381 bis - 383 - 394 - 399 - 402 - 404 - 410 - 416 - 422 - 425 - 430 - 431 -
 440 - 441 - 442 - 445 - 448 - 449 - 455 - 456 - 457 - 460 -

5ème mois

38 observations

5 bis - 8 - 22 - 27 - 31 - 85 - 92 - 100 - 114 - 116 bis - 24 - 96 bis - 139 -
 161 - 183 - 187 - 215 - 217 - 224 - 266 - 267 - 275 - 276 - 280 - 293 - 295 -
 317 - 323 - 332 - 346 - 349 - 386 - 396 - 414 - 427 - 428 bis - 446 - 456 -

6ème mois

21 observations

20 - 51 - 54 - 73 - 80 - 92 - 103 - 121 - 132 - 140 - 234 - 281 - 289 -
 321 - 343 - 353 - 372 - 373 - 397 - 434 - 453 .

III - MODALITE DE L'AVORTEMENT

- 5 n'ont pas nécessité d'intervention.
- 61 ont nécessité un curetage
- 392 ont nécessité un curage
- 2 ont nécessité une hystérectomie:
 - 176 bis Avortement au 3ème mois - curage digital découvrant une brèche du fond utérin - Hystérectomie subtotale immédiate Bonnes suites opératoires.
 - 388 Avortement au 2ème mois chez une femme ayant eu 2 enfants et fait 3 fausses couches. Utérus fibromateux- Hémorragie importante par suite d'un syndrome d'hypocoagulabilité. Hystérectomie totale après 3 jours de préparation de la malade. Bonnes suites opératoires.

IV - COMPLICATIONS

Infectieuses 36 observations

- 14 - 15 - 65 - 72 - 80 - 82 - 114 - 116 - 123 - 127 - 145 - 159 - 184 - 191 - 198 - Septicémie à perfringens ictère, hyperthermie, Installation d'une aligurie le 3ème jour, d'une anurie le 4ème. Traité par antibiotiques pénicilline 6 millions par jour. Perfusion 62 F.
 Syndrome d'hémolyse apparu au 3ème jour NFS Hémathis I.800.000.
 Exsanguino transfusion de 2 litres 400. Dirigé vers un service de rein artificiel l'urée étant à 4 g. La réserve alcaline à 27 volumes.
- 205 - 213 - 240 - 251 - 264 - 288 - 291 - 303 - 315 bis - 319 - 356 - 377 - 381 (salpingite) - 346 - 400 (septicémie à colibacille traitée dans un service de médecine) - 409 - 427 - 434 - 437 - 440 - 459 -

Hémorragies

- 17 (collapsus - perfusion d'un flacon de sang)
- 44 (1 flacon de sang) - 48 (2 flacons de sang) - 65 (Subtosan + sang)
 169 (transfusion anémie à 2.700.000) - 209 (collapsus nécessitant 3 flacons de sang) - 287 (1 Subtosan + 1 flacon de sang) - 388 (hémorragie importante utérus fibromateux syndrome d'hypocoagulabilité - Hystérectomie).

EN CONCLUSION :

Le nombre important des avortements traités dans le service s'explique par les catégories sociales de la clientèle qui fréquente l'hôpital.

Sur le plan étiologique :

- 384 avortements sont d'étiologie inconnue mais bien souvent soupçonnée.
- Dans 56 observations des manoeuvres abortives sont avouées.
- Sur 460 cas il n'y a donc que 20 cas où une étiologie pathologique précise a été trouvée :
 - . 7 cas où l'existence de fibromes est liée à l'avortement,
 - . 4 cas d'insuffisance hormonale globale sévère, malgré le traitement.
 - . 3 affections médicales graves
 - . 1 cas de syphilis
 - . 1 grossesse angulaire
 - . 1 inversion utérine
 - . 2 interventions antérieures sur l'utérus
 - . 1 laparotomie au début de la gestation

Sur le plan thérapeutique :

- 5 avortements seulement n'ont nécessité aucune intervention
- On a été amené à pratiquer deux hystérectomies
- Enfin 453 avortements ont nécessité une révision utérine qui dans 392 cas a été pratiquée par curage digital.
Le curetage, dont le caractère traumatisant pour la muqueuse utérine a été maintes fois souligné, n'étant employé dans le service que lorsque la révision utérine par curage digital paraît incomplète ou impossible.

Les résultats observés permettent de souligner :

la gravité toujours importante des avortements provoqués puisqu'on note un cas où l'issue a été mortelle, et une septicémie à perfringens qui a nécessité le transfert dans un service du rein artificiel permettant une guérison définitive.

la nécessité d'un traitement anti-infectieux systématique par les antibiotiques qui évitent le risque majeur d'accidents septiques puisque son emploi permet de noter 33 cas seulement où une poussée thermique de quelques jours a témoigné de séquelles infectieuses bénignes.

le risque hémorragique enfin puisque dans 8 cas on a dû faire une transfusion et même dans un cas une hystérectomie.

LES ACCOUCHEMENTS

=====

1698 Accouchements ont été pratiqués dans le service en 1959.

A - PRESENTATION

- Sommet : 1637
- Face : 0
- Front : 4
- Si ège : (Complet : 18 ;
(Décomplété : 38
- Epaule : 1

- SOMMET :

- . Dégagement en OP : 1624
- . Dégagement en OS : 13
- Multipares : 130 (7ème geste) ; 133 (Délivrance artificielle; au début d'hémorragie) 165, 767, 814, 1092 (Procidence du cordon); 1107, 1407, 1471, 1575.
- Primipares : 983, 1401 (non progression) ; 1642 (rétrécissement du détroit moyen).

- FACE :

- . Néant

- FRONT :

- . 115 : Primipare - Présentation fronto-bregmatique - Dégagement fronto-pubienne.
- . 286 : Epreuve du travail - Césarienne - Syphilis traitée.

- . 1433 : Césarienne - Au début du travail, présentation du front.
- . 1683 : Deuxième pare - Forceps à la partie haute pour efforts expulsifs inefficaces. Présentation fronto bregmatique masquée en partie par une importante bosse séro-sanguine.
Enfant de 3260 gr - Réanimé.

- EPAULE :

- . 1052 : Quatrième pare - Grossesse de huit mois et demi - Pas de bruit du coeur - Procidence du membre supérieur - Présentation de l'épaule - Embryotomie rachidienne sur enfant macéré.

- SIEGE : 56 observations

. Siège Complet : 18 observations - 9 accouchements spontanés.

- . 55 : Procidence du cordon - Manoeuvre de Mauriceau.
- . 114 : Gémellaire - Premier enfant, accouchement naturel.
Délivrance artificielle.
- . 151 : Rupture prématurée des membranes - Accouchement naturel.
- . 269 : Grande extraction - Souffrance foetale
- . 545 : Accouchement naturel.
- . 504 : Primipare - sixième mois - Siège complet - Accouchement naturel.
- . 549 : Deuxième pare - Gémellaire - Accouchement naturel.
- . 658 : Primipare - Accouchement naturel - Episiotomie.
- . 703 : Gémellaires - Deuxième enfant, version par manoeuvres internes.
Grande extraction - Délivrance artificielle et révision utérine.
- . 684 : Septième mois. Insertion latérale du placenta - Accouchement naturel - Enfant réanimé de 1380 gr.
- . 1194 : Septième mois - Premier enfant : accouchement naturel : 850 gr.
- . 1221 : Cinquième pare - Premier enfant : siège complet - Accouchement naturel.
- . 1280 : Gémellaire - Quatrième pare - Deuxième enfant : accouchement naturel - Délivrance artificielle.
- . 1535 : Primipare - Gémellaire - Fracture du bassin.

- . 1535 : Premier et deuxième enfants : accouchements naturels.
- . 1542,
- 1543 : Gémellaire - Premier et deuxième enfants : grande extraction - Délivrance artificielle.
- . 1264 : Quatrième para - En début de travail, césarienne - Gros enfant - Souffrance foetale - Césarienne - Enfant de 4920 gr.
- . 1288 : Troisième para - Souffrance foetale. Césarienne.

Siège décomplété : 38 observations - 20 accouchements spontanés.

- . 102 : Sept mois et demi- Hémorragie - Siège décomplété mode des fesses. Lutogil, Spasmavérine, repos.
- . 238 : Délivrance artificielle
- . 240 : Septième mois - Primipare - Manoeuvre de Mauriceau sur tête dernière.
- . 304 : Deuxième para - Gemellaire
Premier enfant accouchement spontané)
Deuxième enfant: grande extraction)délivrance artificielle
- . 307 : Gémellaire - Deuxième enfant : Procidence du bras postérieur - Oedème du col. Version par manoeuvre interne - Grande extraction - Abaissement du pied antérieur - Abaissement du bras. Manoeuvre de Mauriceau.
- . 318 : Primipare - Gémellaire - Insertion vélamenteuse du cordon Episiotomie - Manoeuvre de Bracht - Révision utérine.
- . 338 : Manoeuvre de Mauriceau
- . 355 : Primipare - Gémellaire - Siège - Accouchement spontané - Révision utérine.
- . 453 : Perfusion d'hypophyse - Manoeuvre de Bracht.
- . 466 : Primipare - Accouchement spontané.
- . 494 : Septième mois - Accouchement spontané - Délivrance artificielle.
- . 496 : Troisième para - Accouchement spontané
- . 616 : Accouchement spontané
- . 618 : Deuxième para - Sept mois et demi- Accouchement spontané.
- . 667 : Dixième para - Accouchement spontané.

- . 752 : Gémellaire - Deuxième enfant : accouchement spontané
- . 759 : Deuxième pare - Gémellaire - Transverse : Version par manoeuvre interne - Grande extraction du siège - Délivrance Artificielle.
- . 813 : Accouchement spontané.
- . 820 : Primipare de 28 ans - Myomectomie au deuxième mois Grande extraction - Manoeuvre de Van Huelvel Tarnier : 1 litre. Episiotomie - Délivrance artificielle - Enfant hydrocéphale de 2820 g.
- . 857 : Manoeuvre de Van Heulvel Tarnier - Enfant hydrocéphale.
- . 753 : Manoeuvre de Bracht - enfant mort-né.
- . 879 : Gémellaire - Version par manoeuvre interne - Grande extraction - Délivrance artificielle - Révision utérine.
- . 935 : Gémellaire - Accouchement spontané du deuxième enfant.
- . 1013 : Accouchement spontané.
- . 377 : Primipare - Césarienne - Rupture prématurée des membranes. Bassin généralement rétréci - Souffrance foetale.
- . 482 : Primipare - Bassin généralement rétréci - Césarienne.
- . 660 : Primipare - Non progression
- . 1115 : Quatrième pare - Troisième césarienne.
Agée de 42 ans - Césarienne basse transversale - Enfant de gros volume . Dernier accouchement 15 ans avant.
- . 1155 : Accouchement spontané
- . 1220 : Primipare - Episiotomie - Accouchement spontané.
- . 1226 : Grande extraction - Episiotomie - Délivrance artificielle.
- . 1242 : Accouchement spontané - Episiotomie.
- . 1253 : Cinquième pare - Six mois et demi - Version grande extraction. - Délivrance artificielle.
- . 1320 : Accouchement spontané.
- . 1551 : Primipare
- . 1585 : Accouchement spontané - Enfant mort macéré.
Insuffisance hormonale - Grave diabète.
- . 1630 : Rupture prématurée des membranes - Insertion latérale du

placenta. Accouchement spontané - Délivrance artificielle -
Révision utérine.

B - ETIOLOGIE DES SIEGES

CAUSES MATERNELLES

1 - Multiparité : 22 observations

55 - 151 - 238 - 289 - 453 - 496 - 538 - 545 - 616 - 667 -
753 - 813 - 1013 - 1115 - 1155 - 1226 - 1242 - 1264 -
1288 - 1320 - 1585 - 1658 -

2 - Viciation Pelvienne : 3 observations

. 1535 : Fracture du bassin ancienne - Bassin généralement rétréci.

Diamètre transverse maximum	:	12,5
" oblique long	:	14,8
" oblique court	:	10,2
" transvers moyen	:	11,5
" antéro-postérieur	:	12

. 482 : Bassin généralement rétréci léger.

. 377 : Bassin généralement rétréci.

CAUSES FOETALES

1 - Géméllités : 15 observations

114 - 304 - 307 - 355 - 549 - 703 - 752 - 759 - 820 - 857 -
879 - 935 - 1194 - 1221 - 1280 - 1535 - 1542.

2 - Autres causes :

a - Hydrocéphale : 820 - 857

b - Prématurations : 7 observations

102 - 240 - 494 - 504 - 618 - 684 - 1253 -

c - Insertions basses : 3 observations

318 - 684 - 1630 -

CONDITIONS DE L'ACCOUCHEMENT

1 - Spontané

a - Siège complet : 11 observations

b - Siège décomplété : 22 observations

102 - 238 - 304 - 355 - 466 - 494 - 496 - 616 - 618 - 677 - 752 -
813 - 935 - 1013 - 1155 - 1220 - 1242 - 1320 - 1551 - 1585 - 1630 -
1658 -

2 - Interventions

a - Grande extraction : 10 observations

289 - 307 - 703 - 759 - 820 - 867 - 879 - 1226 - 1253 - 1543 -

b - Abaissement des bras relevés : 1 observation

207 -

c - Manoeuvre de Van Huelvel Tarnier pour hydrocéphalie :
2 observations

820 - 857 -

d - Césarienne : 6 observations

377 - 482 - 660 - 1115 (Itérative - Quatrième pare - Troisième
césarienne. Agée de 42 ans - enfant de gros volume - dernier ac-
couchement 15 ans avant) 1264 - 1288 -

e - Episiotomie : 6 observations

318 - 658 - 820 - 1220 - 1226 - 1242 -

CONDITIONS DE LA DELIVRANCE

1 - Délivrance naturelle : 32 observations

55 - 102 - 151 - 240 - 307 - 318 - 338 - 355 - 453 - 466 - 496 -
545 - 549 - 616 - 618 - 658 - 677 - 684 - 752 - 753 - 813 - 955 -
1013 - 1155 - 1194 - 1220 - 1221 - 1242 - 1320 - 1551 - 1584 -
1658 -

2 - Délivrance artificielle : 16 observations

70 - 114 - 238 - 289 - 304 - 494 - 504 - 759 - 820 - 857 - 879 -
1226 - 1253 - 1630 -

3 - Révision Utérine : 5 observations

318 - 355 - 703 - 879 - 1030 -

COMPLICATIONS

Néant.

RESULTATS

1 - Pour la mère : mortalité nulle2 - Pour le foetus : 2 cas de mortalité

504 : Sixième mois - Primipare - enfant macéré de 857 gr.

820 : Deuxième pare - Aagée de 28 ans - Diabète - Insuffisance
hormonale enfant de 1585 gr.

ooOoo

LES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES :

36 observations

Gémellité mono-amniotique monochoriale : 0
 Gémellité mono-amniotique bi-choriale : 0
 Gémellité bi-amniotique , bi-choriale : 24

A - PRESENTATION

- Sommet :

174/75 - 306 - 354 - 374 - 380/81 - 632 - 702 - 751 - 758 - 878 -
 548 - 1164/65 - 1222 - 1279 - 1345/46 - 934 - 1271/72 - 1506/07 -
 1633/34 -

- Siège :

1 - Complet : 16 observations

36 - 43 - 94 - 306 - 355 - 375 - 495 - 549 - 703 - 759 - 879 -
 893 - 1221 - 1220 - 1535 - 1542 -

2 - Décomplété : 4 observations

304 - 494 - 753 - 835 -

- Face, Front, Epaule : Néant

B - ACCOUCHEMENTS PREMATURES

36 - 46 - 95 - 494 - 1335 - 1535 -

C - CONDITIONS DE L'ACCOUCHEMENT

1 - Spontané : 22 observations

174/75 - 306 - 354/55 - 494 - 548/49 - 580/81 - 623/24 - 702 -
 751/52 - 758 - 878 - 934/35 - 1139/40 - 1164/65 - 1193 -
 1221/22 - 1271/72 - 1279/80 - 1345/46 - 1506/07 - 1535/36 -
 1633/34 -

2 - Manoeuvres obstétricales

- Grande extraction du siège : 9 observations

305 - 307 - 375 - 495 - 703 - 879 - 759 - 1194 - 1542/43 -

- Version podalique : 5 observations

307 - 375 - 703 - 759 - 879 -

3 - Interventions

374 : Forceps en OIGA à la partie inférieure de l'excavation pour non progression.

4 - Accidents de l'accouchement

305 : Procidence du cordon

307 : Procidence du bras postérieur

1193/94: Procidence du cordon

1280 : Procidence du cordon

5 - Accidents de la délivrance

- Délivrance artificielle :

304/05 - 494/95 - 702/03 - 758/59 - 878/79 - 1271/72 -
1279/80 - 1542/43 -

- Révision utérine :

354/55 - 623/24 - 702/03 - 878/79 -

- Hémorragie : Néant.

D - RESULTATS

- Mortalité maternelle : Néant

- Mortalité foetale :

1193 : Septième mois - 950 gr - Mort une heure après.

1271 : Rupture prématurée des membranes - Sixième mois - 1660 gr - enfant mort-né.

ooOoo

ACCOUCHEMENTS PSYCHO-PROPHYLACTIQUES

La méthode d'accouchement psycho-prophylactique est employée dans le service pour les femmes qui en font la demande et s'astreignent à suivre la préparation.

Celle-ci consiste en cours théoriques où sont exposés les principales données de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement et en séances pratiques d'entraînement où les femmes apprennent la conduite qu'elles auront à tenir lors de l'accouchement. Ces séances sont dirigées par les sages-femmes qui assisteront les parturientes lors de l'accouchement.

Sur 1698 accouchements il y a eu 33 accouchements selon la méthode psycho-prophylactique, soit un accouchement psycho-prophylactique pour 51 femmes.

Sur ces 33 accouchements :

- 12 peuvent être considérés comme ayant donné d'excellents résultats
- 13 comme ayant donné de bons résultats
- 7 comme ayant donné des résultats médiocres
- 1 comme étant un échec sinon de la méthode du moins de la préparation de la malade.

Le petit nombre d'accouchements psycho-prophylactiques pratiqués dans le service semble pouvoir s'expliquer par la clientèle qui le fréquente et par le fait que cette étude porte sur l'année 1959, l'emploi de cette méthode étant d'introduction récente. Par ailleurs le nombre relativement grand des résultats médiocres (presque un quart des cas) s'explique plus par le caractère de cette clientèle que par les lacunes de la méthode.

Enfin dans quelques cas on a associé les méthodes d'accouchements physiologiquement accéléré et psycho-prophylactiques. Les résultats semblent intéressants. Cependant, ils apparaissent peu différents de ceux obtenus par la méthode de l'accouchement physiologiquement accéléré employée isolément.

GESTATION ET ETAT PATHOLOGIQUE

=====

I - VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GESTATION

17 observations :

. 817 (Deuxième mois. Troisième geste - Vomissements avec Asthénies, Hypersialhorée, constipation - Traitement : repos en chambre noire, Gardénal, Phénergan, Largactil, Belladone). 993 (Sixième semaine de la grossesse) - 1183 (Quatre mois et demi - vomissements) - 1225 (deux mois et demi) - 1233 (Deux mois) - 1342 (Deux mois et demi) - 1371 (Deux mois) - 1403 (Deux mois et demi - ictère) - 1425 (Deux mois) - 1497 (Deux mois) - 1502 (Deux mois) - 1532 (Deux mois et demi) 1555 (Deux mois et demi) 1580 (Deux mois et demi) - 1603 (Trois mois) - 1649 (Trois mois) 1679 (Un mois et demi).

Conclusion :

Sur les 17 observations :

- 12 observations de cas bénins cédant au traitement banal : chambre noire Largactil.
- 1 associée à un ictère à deux mois et demi.
- 4 ayant nécessité un repos prolongé après le traitement en chambre noire avec perfusion de sérum glucosé contenant largactil, phénergan.

II - NEPHROPATHIE GRAVIDIQUE

a - Albuminurie isolée : 4 observations

- . 82 : Diabète ancien - Albuminurie modérée.
- . 112 : Primipare - Infiltrat du sommet droit - Albuminurie découverte au 6ème mois. Déjà traitée.
- . 185 : Albuminurie massive ne réagissant pas sous traitement. Césarienne chez une deuxième pare - enfant vivant de 2950 gr.
- . 258 : Albuminurie modérée découverte au 5ème mois.

b - Hypertension artérielle isolée :

- . 171 : Hypertension artérielle chronique et obésité chez une troisième pare. Au 8ème mois. Extraction par césarienne d'un enfant de 2210 gr.
- . 164 : Hypertension artérielle 23/12
Cinquième pare - Obésité - Accouchement d'un foetus mort macéré, délivrance artificielle.

c - Albuminurie et hypertension :

- . 1089 : Troisième pare 5ème geste. Lors du septième mois.
Hypertension artérielle : 21/15 - Albuminurie: 2-3 gr/l.
Signes oculaires : mouches volantes, brouillard devant les yeux, petits épisodes d'amaurose transitoires.
Fond d'oeil : stade 4 - exsudats, hémorragies.
Césarienne - Ligature des trompes. Enfant mort-né de 1100 gr.
Les suites opératoires sont bonnes. L'albuminurie tombe à 0,25 gr/l.
Amélioration des troubles oculaires.
Sortie : à l'examen du fond d'oeil persiste une rétinite albuminurique.
- . 1521 : Primipare - Albuminurie - Hypertension artérielle : 15/10 - Oedèmes généralisés.
Régimes sans sel en fin de grossesse. Pas d'atteinte rénale.
Accouchement naturel.

d - Eclampsie :

- . 1146 : Primipare de 20 ans - terme dépassé de 24 jours entre dans le service avec :
 - . Albuminurie massive (5 gr)
 - . Oedème généralisé
 - . Tension artérielle : 16,5/11
 Crise eclamptique traitée par : Gardéna1, Largactil, Dolosa1 intra-musculaire. En salle fait une nouvelle crise et demeure dans un coma vigil.
Passée en salle de travail, on décide de faire une césarienne pour eclampsie. Présentation haute, volumineuse. Césarienne. Enfant vivant de 4160 gr.

Suites opératoires :

le 1er jour :

Tension artérielle 14/7, 15/7

3 nouvelles crises. Un traitement est institué : Dolosal, Lar-gactil, Phénergan, Diparcol, Hyposulfite de Magnésie, injectés successivement toutes les 2 heures.

Le soir nouvelle crise. La malade reste dans un coma vigil sans signe de localisation.

le 2ème jour :

La diurèse a repris légèrement. Albuminurie à 4 gr. Une nouvelle crise. La tension artérielle est instable avec tendance à l'hypotension. Traitement : Tétratum.

le 3ème jour :

Le sondage ramène 250 cc d'urine. L'albuminurie est à 0,25 gr.

La tension artérielle oscille de 20/8,5 à 11/6.

De 4 heures à 9 heures du matin : 7 crises.

Dans la soirée, la malade récupère une conscience légère (réponse aux questions).

Son état se stabilise dans cette amélioration légère.

le 4ème jour :

Hyperthermie à 41. Tachycardie à 160. Tension artérielle: 8/4.

Le bilan électrolytique est à peine perturbé. La NFS montre une anémie. La malade retombe dans un coma vigil. Transfusion de sang (1 flacon de glucose hypertonique). La tension artérielle s'effondre. La malade meurt au début de l'après-midi. Les examens de fond d'oeil sont restés normaux à toutes les phases de la maladie.

III - PYELONEPHRITE ET GROSSESSE

- . 227 : Primipare - Pyélite au 8ème mois. Colibacillose cédant à un traitement.

Forceps à terme.

- . 1573 : Deuxième pare - Pyélite au 8ème mois. Colibacillose. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

Groupe sanguin O Rhésus négatif. Pas d'agglutinines décelés pendant la grossesse.

Col Oedématié.

- . 1636 : Primipare - Pyélite à colibacille cédant aux médicaments anti-biotiques. Accouchement au 8ème mois d'un enfant de 2470 gr. Insertion latéro-marginale du placenta.
- . 1668 : Troisième pare
 - Entre dans le service au 7ème mois de sa grossesse pour une infection urinaire fébrile (38,5) Douleurs abdominales, irradiation inguinale - A l'examen : fosses lombaires souples mais douloureuses.
 Examen cytot bactériologique des urines :
 Cellules vésicales épithéliales - Cylindres granuleux et épithéliaux
 Germes cocci gram + et -
 Traitement : Atropine , Chloromycine.
 Trois jours après : Toux - Dyspnée, expectoration banale.
 Fièvre à 39.
 Radio : pas d'images systématisées.
 Examen clinique négatif (murmure vésiculaire diminué - quelques râles diffus) pyrexie persistante.
 Traitement : auréomycine, Cortancyl.
 Amélioration - Sortie, après accouchement à terme.
- . 4 mois et demi : Cystite, asthénie. Antécédents colique néphrétique. Douleurs lombaires vives. Température : 39.
 Culot urinaire (albuminurie leucocytose, pas de germe)
 Urée : 0,25 gr.
- . Troisième geste. Pyélite à colibacille.
 Antécédents : cardiopathie, séquelle d'une chorée apparue à la suite d'une scarlatine de l'enfance.
- . 3ème mois - Quatrième geste de 25 ans. Pyélite à colibacille.
 Paludisme en 1951 - Colibacillose en 1954-57.
- . 4ème mois - Pyélite à colibacille et métrorragie. Traitée par le Chloramphénicol. Récidive au 6ème mois rétrocedant au traitement.
 Urée : 0,30 gr. Pas d'atteinte rénale.
- . 5ème mois - Pyélite à colibacille. Quatrième geste - 3 enfants vivants.
 Antécédents de lithiose rénale bilatérale.
 Aux deuxième mois de la grossesse, vomissements abondants.
 Matrorragie - Asthénie, anorexie, amaigrissement, douleurs

lombaires.

Pollakyurie : 300 cc

Urée : 0,95 gr.

L'interruption thérapeutique de la grossesse est décidée.

Ablation de l'oeuf par hystérotomie. Ligature des trompes.

Les suites opératoires sont bonnes. Retour à la normale du taux de l'urée.

IV - CARDIOPATHIE ET GROSSESSE

- . 126 : Troisième geste - Deuxième pare.
 Antécédents : une crise de RAA ayant laissé un souffle systolique.
 Bassin généralement rétréci.
 Dans les antécédents : 1ère gestation : avortement au 5^e mois
 2ème gestation: césarienne à terme.
 On pratique une césarienne avec ligature des trompes. Enfant vivant de 3250 gr. Suites opératoires normales.

- . 260 : Primipare de 28 ans. RAA à 13 ans puis deux crises deux ans après.
 Insuffisance aortique séquelle.
 Grossesse bien tolérée. Forceps systématique à dilatation complète enfant de 2850 gr.

- . 296 : Troisième pare de 27 ans.
 Antécédents : scarlatine, présente un léger souffle systolique
 quelques troubles fonctionnels mineurs pendant la grossesse.

- . 737 : Cinquième pare de 34 ans ayant subi une commissurotomie lors de sa 3ème gestation. Les trois premières gestations étaient très mal supportées.
 Dyspnée d'effort, crise oedème aigu du poumon.
 Depuis la commissurotomie, vie normale et grossesses parfaitement supportées .

- . 1454 : Primipare de 19 ans. Rétrécissement mitral et insuffisance aortique . Une crise de RAA dans les antécédents à 14 ans. Grossesse mal supportée : dyspnée d'effort, vertiges, lypothymies.
 Forceps à dilatation complète. Enfant de 2950 gr.

. 1596 : Primipare de 23 ans .

Antécédents : 2 crises de RAA à 6 mois d'intervalle laissant un rétrécissement aortique séquellaire (souffle systolique de base léger) ; pas de trouble fonctionnel.

Forceps OIGA à la partie moyenne pour fatigue maternelle et non progression de la présentation. Enfant de 3200 gr. Episiotomie.

Délivrance artificielle systématique.

V - DIABETE ET GROSSESSE

. 78 : Primipare de 25 ans. Diabète découvert fortuitement. Le traitement n'est pas suivi, ni régime, ni insuline.

Entre dans le service à la 35ème semaine de sa gestation.

Glycémie : 1,93 Réserve alcaline : 33 vol.

Réaction de Legal et de Gerhardt négatives. Mouvements actifs non perçus depuis 10 jours. Accouchement d'un enfant mort et macéré de 3900 gr.

Traitée par le régime et insuline ordinaire. La malade passée dans le service de diabétologie avec une glycémie à 1,86 gr et une réserve alcaline de 43 vol.

. 85 : Troisième pare de 33 ans. Traitée pour diabète depuis l'âge de 20 ans.

Equilibre avec régime simple. Albuminurie légère en dehors de la gestation.

Infiltrat du sommet gauche. Accouchement naturel à terme d'un enfant de 3750 gr.

. 98 : Troisième pare de 28 ans. Diabète depuis 15 ans, traité par l'insuline.

Césarienne itérative. Enfant vivant de 3600 gr avec ligature des trompes.

. 116 : Quatrième pare de 30 ans.

Diabète en fin de grossesse traité par le régime, mal équilibré. Entre dans le service à terme avec .

Glycémie : 1,86 réserve alcaline : 39 vol.

Césarienne. Enfant vivant de 400 gr. Section ligature des trompes.

Suites opératoires. Traitement à l'insuline protamine zinc 25 unités.

La glycémie atteint 3,93 au 7ème jour. La réserve alcaline : 45 vol. Pas d'acétonurie.

8ème jour : glycémie : 0,99; réserve alcaline : 60 vol.
Il s'agit d'un diabète instable qui est passé en médecine pour équilibration.

- . 376 : Deuxième pare de 25 ans.
Diabète avec acidose instable difficile à équilibrer avec régime et insuline.
Insuffisance hormonale globale moyenne. Excès de liquide.
Césarienne itérative, à la 37ème semaine. Ligature des trompes.
Enfant de 3500 gr. Suites opératoires normales.
- . 403 : Deuxième pare de 27 ans.
Diabète important négligé. Hydramnios.
Césarienne. Foetus macéré de 4700 gr. Passage en médecine au 7ème jour pour équilibration.
- . 596 : Primipare de 23 ans. Diabète découvert en 1957 lors d'un coma acidotique. Traitée par insuline. Césarienne systématique au 8ème mois. Enfant vivant de 4400 gr. Suites opératoires satisfaisantes.
- . 801 : Primipare de 26 ans. Diabète traité par insuline depuis 18 ans. Césarienne systématique à la 36ème semaine. Enfant vivant de 3020 gr. Suites opératoires satisfaisantes.
- . 1092 : Quatrième pare de 29 ans. Diabète léger traité par le régime simple depuis 20 ans. Procidence du cordon. Forceps à la partie haute en OS.
Enfant mort-né de 3980 gr.
Délivrance artificielle systématique.
Suites de couches normales.
- . 1447 : Troisième pare de 30 ans.
Diabète à prédominance rénale depuis l'âge de 8 ans, équilibré avec régime et insuline. Insuffisance hormonale globale découverte au 8ème mois. Accouchement à la 38ème semaine. Forceps à la partie haute pour modification des bruits du coeur.
Naissance d'un enfant vivant de 3400 gr. Délivrance artificielle. Suites de couches normales. Petite déchirure périnéale mais cicatrisation parfaite.

- . 1473 : Deuxième pare de 26 ans.
Diabète avec acidose bien compensé par régime et insuline.
Césarienne au premier geste 2 ans avant. Insuffisance hormonale globale moyenne bien compensée.
37ème semaine. Césarienne segmento corporeale systématique.
Enfant de 3200 gr. Réanimation pendant 10 minutes : Oxygène et caféine. Passée en médecine au 8ème jour.
- . 1585 : Troisième geste - troisième pare de 31 ans.
Diabète léger. Insuffisance hormonale importante. Césarienne à la première gestation. Deuxième gestation, enfant mort in utero. Accouchement par le siège décomplété d'un enfant mort et macéré de 2760 gr. à la 35ème semaine.
- . 1593 : Quatrième pare de 30 ans. Diabète traité par insuline, bien équilibré. Absence de mouvements actifs depuis 8 jours à la 38ème semaine. Accouchement naturel d'un enfant mort et macéré de 4350 gr.
- . 1688 : Primipare de 23 ans.
Traitée par le régime simple et glucidoréal pour diabète léger. Absence de mouvements actifs depuis 8 jours à la 35ème semaine. Accouchement naturel d'un fœtus mort et macéré de 1.300 gr.
- . 12024 : Onzième pare de 39 ans.
Diabète méconnu découvert à l'entrée de la femme dans le service pour hémorragie importante au 8ème mois de la gestation. Absence de mouvements actifs. Accouchement naturel d'un fœtus mort et macéré de 3800 gr.
Insertion marginale du placenta.
Suites de couche normales. Envoyée au service de diabétologie.

En conclusion :

Nous avons relevé 16 observations de diabétiques. Sur ces 16 cas :

- la moyenne d'âge des diabétiques est de 27 ans. Il s'agissait 5 fois de primipares, 11 fois de multipares.
- diabète découvert depuis un an au moins dans 6 cas, cinq ans dans 4 cas, neuf ans dans 1 cas, treize ans dans 1 cas et vingt ans dans 2 cas.

Comme il a été observé dans un travail précédent, contrairement à l'opinion classique qui veut que le pronostic soit d'autant plus grave que le diabète est plus ancien, nous enregistrons sur 8 morts :

- 5 cas où le diabète a été découvert depuis 1 an ou moins d'un an
- 2 cas où le diabète date de moins de 5 ans.
- 1 cas où le diabète date de 9 ans

A l'opposé, dans une observation où le diabète date de 22 ans et malgré une insuffisance hormonale globale sévère mais non compensée, l'enfant est né vivant et était parfaitement normal.

Le parallélisme entre le degré de gravité et l'ancienneté du diabète ne semble donc pas être absolu. Dans 5 cas diabète simple, dans 5 cas diabète grave acidotique, dans 4 cas diabète non traité ou insuffisamment traité, dans 2 cas diabète traité mais instable et difficile à équilibrer.

Comme antécédents obstétricaux on note : 23 enfants vivants dont 10 chez la même femme. 1 enfant mort-né.

Systématiquement chez toutes les diabétiques suivies dans le service est pratiquée une étude de l'équilibre hormonal qui permet de corriger une éventuelle insuffisance. L'importance que l'on accorde aujourd'hui à l'insuffisance des sécrétions ovariennes et placentaires, qu'elle soit primitive ou secondaire à certaines actions du diabète sur l'ovaire ou sur le placenta lui-même, dans la pathogénie des accidents de la gestation chez la diabétique justifie une telle surveillance.

Les dosages portent sur les GBS 13 et le Pregnane-Diol par la méthode de Jayle et Crepy; sur les phénol-stéroïdes par la méthode de Kober ; enfin le dosage de la folliculine est effectué par hydrolyse enzymatique.

Sur 16 cas de diabète 5 observations d'insuffisance hormonale ont été relevées.

Un cas d'insuffisance hormonale légère non traitée. Accouchement naturel à terme d'un enfant réanimé pendant 10 minutes - Mort au 3ème jour.

Deux cas d'insuffisance globale sévère :

L'une découverte au 8ème mois traitée par Distilbène 20 mmg Lutogyl 25 mmg par jour. A la 38ème semaine forceps, naissance d'un enfant vivant de 3400 gr.

L'autre découverte au début de la grossesse, réagissant mal au traitement. Accouchement par le siège d'un enfant macéré de 2760 gr.

Deux cas d'insuffisance hormonale moyenne toutes deux bien compensée. Extractions par césarienne à la 37ème semaine d'enfants vivants.

C'est dire la nécessité d'une surveillance des éliminations hormonales urinaires aussi étroite que celle de la glycémie. Les dosages devant être pratiqués à des périodes bien précises.

Dans les premières semaines, au moment de la confirmation biologique de la gestation. L'insuffisance traduit alors un dysfonctionnement ovarien et la thérapeutique paraît avoir plutôt un rôle compensateur. Selon que l'insuffisance porte séparément sur les oestrogènes ou les lutéïdes ou qu'elle est globale, le traitement utilisera le Diethylstilbostrol soit seul per os, soit associé à la Progestérone. Le contrôle thérapeutique sera effectué tous les mois et les doses adaptées en fonction du résultat des dosages.

Même en l'absence de perturbations hormonales antérieures, des dosages des éliminations hormonales urinaires doivent être pratiqués vers le cinquième mois, car à cette période peut apparaître pour la première fois un abaissement du taux des métabolites. Cet abaissement correspondrait plutôt alors à une insuffisance des fonctions placentaires et la thérapeutique pourrait avoir dans ce cas un rôle excitateur de la fonction chorale. La thérapeutique sera conduite de la même façon que dans le cas précédent mais en raison de l'âge plus avancé de la grossesse les doses peuvent être plus considérables. L'équilibre hormonal rétablit le traitement doit être continué sans interruption.

C'est vers la 32ème semaine qu'il convient de faire un bilan hormonal très précis en particulier pour évaluer la quantité des fonctions hormonales placentaires élément essentiel dans la détermination du mode de terminaison de la grossesse.

Le mode de terminaison de la grossesse a été le suivant :

Dans 9 cas accouchements par les voies naturelles, dont 2 cas où les enfants étaient vivants, dont 7 cas où les enfants étaient morts :

- 5 morts in utero 2 à la 35ème semaine
3 à la 38ème semaine
- 1 mort né à terme (procidence du cordon).

- 1 né à terme - réanimé pendant 10 mn - mort au 3ème jour.

Par césarienne dans 7 cas :

Dans 5 cas la césarienne pratiquée à la 35ème ou 36ème semaine a permis l'extraction d'enfants vivants.

Un seul cas d'extraction de fœtus macéré pour un diabète important non traité avec hydramnios.

Un cas d'extraction à terme pour un diabète récent.

A la lumière de ces résultats on peut remarquer que sur 5 cas de diabète avec acidose on note :

- Un mort in utero, le diabète méconnu a été découvert en fin de grossesse accouchement naturel à la 35ème semaine.
- Dans les 4 autres cas une césarienne pratiquée au cours du 8ème mois a permis l'extraction de 4 enfants vivants.

Par ailleurs toutes les morts in utero observées, l'ont été pour des diabètes méconnus au cours de la grossesse ou insuffisamment traités (3 cas où la femme n'était pas suivie dans le service).

Outre l'importance d'une équilibration du diabète chez la femme enceinte rappelons la notion majeure qu'est la détermination du mode de terminaison de la grossesse. C'est aux environs de la 32ème semaine qu'un bilan clinique et humoral complet doit être établi avant la période dangereuse de la mort in utero.

Peser les risques respectifs que comporte pour le fœtus la continuation de la grossesse où l'extraction prématurée constitue le problème essentiel.

- Des conditions obstétricales satisfaisantes jointes à un diabète sans acidose bien équilibré, seront en faveur d'une évolution à terme de la grossesse.

- Par contre l'interruption sera envisagée dans les cas de :

- . Diabète grave, difficilement équilibré, avec acidose mal compensée
- . Lorsqu'une insuffisance hormonale associée est difficilement réduite par la thérapeutique ou non traitée.

- Lorsqu'il existe des conditions obstétricales défavorables :

- . Dystocie pelvienne, développement exagéré du fœtus faisant craindre des complications mécaniques.
- . Apparition progressive de l'infiltration tissulaire maternelle accompagnée d'une augmentation notable du liquide amniotique qui constitue une indication majeure à l'interruption de la grossesse.

La date moyenne de l'intervention proposée par la majorité des auteurs est la 36ème semaine. Néanmoins on peut intervenir plus précocement ou plus tardivement en optant pour le moment qui paraît le plus opportun à l'extraction d'un enfant viable.

Le mode d'extraction pratiqué dans le service est en accord avec la majorité des auteurs, l'intervention césarienne. Pratiquée avec la collaboration et sous la surveillance des diabétologues de l'hôpital elle donne des résultats satisfaisants. En pré-opératoire un traitement à l'insuline ordinaire est institué; en post-opératoire une surveillance étroite est indispensable : trois déterminations quotidiennes de la glycémie sont pratiquées ; l'opérée reçoit journellement 3 perfusions de 300 cm³ de sérum glucosé isotonique et de 150 cm³ de glucose hypertonique. Les doses d'insuline sont systématiquement diminuées de moitié en raison de la chute brutale de la glycémie qui suit habituellement l'accouchement. Les suites opératoires ont toujours été satisfaisantes.

VI - VAGINITE ET GROSSESSE

- 1 - Granuleuses : 2 observations réagissant parfaitement sous traitement
842 - 1641 -
- 2 - Mycasiques : 1 observation
120 : Vaginite mycosique au 2ème mois traitée par la Mycostatine.
- 3 - Trichomonase : 4 observations
613 - 922 - 1050 - 1383 -

Sur 7 observations de vaginite découvertes et traitées au cours de la gestation on note une observation de vaginite mycosite à Candida Albicans rétrocedant au traitement à la mycostatine.

Systématiquement dans le service on pratique pour les vaginites un ensemencement des leucorrhées sur milieu de Sabouraud qui permet d'identifier une éventuelle mycose. De nombreux auteurs ont insisté sur la fréquence des vaginites mycosiques au cours de la grossesse où le développement de l'épithélium vaginal dont les cellules sont riches en glycogène qui se déverse par cytolyse dans la cavité vaginale favorisant ainsi le développement de la mycose.

L'association fréquente au *Trichomonas vaginalis* ou à des germes plus banaux doit faire envisager le rôle favorisant de l'antibiothérapie dans le développement des mycoses et faire proscrire la thérapeutique antibiotique en présence d'une vaginite mycosique associée au *Trichomonas* ou à des germes plus banaux.

VII - DIVERS

- 93 Rougeole au début du 4ème mois chez une deuxième pare de 27 ans
Rupture prématurée des membranes 10 jours avant terme. Penicillinothérapie. Accouchement naturel d'un enfant de 2300 gr sans malformation.
- 247 - 362 - Bartholinite , au 8ème mois excision.
- 1020 Ictère catharral au 8ème mois. Deuxième pare de 25 ans.
Accouchement naturel. Enfant vivant de 2750 gr.
- 1610 Rubéole . Primipare de 19 ans au 2ème mois de la gestation.
Accouchement naturel d'un enfant de 2640 gr. sans malformation.
- 1635 Méningite à germes banaux. Primipare de 23 ans ayant déjà présenté en 1958 à la suite d'un traumatisme cranien une méningite purulente, (fracture des os propres du nez).
Au 8ème mois coma profond sans signe de localisation, avec fièvre à 39°, raideur méningée, apparus au début du travail.
Une césarienne est pratiquée qui extrait un enfant de 2900 gr, vivant après réanimation de 10 minutes. Le jour même devant l'importance de la cyanose, de la dyspnée on pratique une trachéotomie qui entraîne une amélioration rapide des troubles respiratoires. La conscience réapparaît 2 jours après, mais la malade est agitée et présente de nouveaux troubles respiratoires. Après des alternances d'amélioration et d'aggravation (hallucination, agitation psychomotrice) apparaît une amélioration stable. Raideur méningée très discrète, malade plus calme. On transfère la malade dans le ser-

vice de neurochirurgie où elle a déjà été hospitalisée en 1958 lors de son accident. Du point de vue obstétrical les suites opératoires étant satisfaisantes.

VIII - TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Lors d'une étude faite en 1955 dans la même maternité on avait recueilli 7 observations de tuberculose traitées par pneumothorax entretenu.

Au cours de l'année 1959 des femmes hospitalisées ne présentent de pneumothorax entretenu.

1 - Parturientes traitées pour tuberculose :

- . 5 : : Primipare de 27 ans. A deux ans, mal de Pott lombaire (L4 L5) traité à Berck pendant 4 ans. Ankylose spontanée en bonne position. Découverte à 22 ans lors d'un examen systématique d'images nodulaires du sommet droit. Bon état général. Vitesse de sédimentation normale. Pas de traitement institué. A 24 ans, images micronodulaires du sommet droit. Vitesse de sédimentation accélérée. Bacilles de Kock découverts après homogénéisation de l'expectoration. Surveillance régulière. Pas de traitement.
Au début de la grossesse aspect nodulaire au niveau du sommet droit.
Basciloscopie positive. Hospitalisation - traitement B PAS - Streptomycine - Rimifon.
Accouchement naturel à terme.
- . 365 : Primipare de 20 ans. Découverte lors de l'examen prénatal d'un infiltrat du sommet gauche. Gros nodules conglomères visibles sur les tomographies. Petit nodule sous claviculaire gauche. Pas de bacilles de Kock dans l'expectoration. Traitement par BPAS. Streptomycine. Rimifon.
Accouchement naturel à terme.
- . 1570 : Primipare de 27 ans. Tuberculose excavée du sommet gauche en 1947. Pneumectomie gauche en 1957. Depuis traitée par 150 mg de Rimifon par jour. Terme dépassé de 8 jours. Déclenchement artificiel du travail. Perfusion d'hypophyse. Extraction par forceps d'un enfant vivant de 3850 gr. Délivrance artificielle.

2 - Parturientes présentant des antécédents tuberculeux :

- . 24 : Deuxième pare de 37 ans.
A 22 ans découverte à la suite d'un épisode pulmonaire aigu d'une lésion excavée du sommet droit. Bacilloscopie positive. Création d'un pneumothorax 2 ans en sanatorium. Persistance des Bacilles de Kock dans l'expectoration pendant 6 mois. Le pneumothorax est entretenu jusqu'en 1947.
A 34 ans, première grossesse. Asthénie. Découverte d'une adénopathie cervicale droite. La malade est envoyée en Sanatorium. / PAS, Rimifon. Pas de Bacilles de Kock dans l'expectoration. Arrêt du traitement un an après.
Au cours de la grossesse actuelle les contrôles ne montrent pas d'anomalies. Accouchement naturel à terme.
- . 33 : Septième pare. IO gestes de 32 ans.
Préventorium à 9 ans et à 13 ans pendant 1 an. 3 fausses couches dans les antécédents. Accouchement naturel à terme.
- . 95 : Huitième pare de 28 ans.
Primo-infection à 7 ans, passe 2 ans en préventorium.
Bilan radio-clinique négatif.
Accouchement naturel à terme.
- . 101 : Primipare de 23 ans.
A 17 ans, lors d'un examen de dépistage découverte d'une lésion excavée du sommet gauche. Bacilles de Kock retrouvés au tube digestif. Hospitalisation pendant 4 mois. Traitement par PAS, Rimifon. Pneumopéritoine entretenu jusqu'en 1955. Amélioration. Passe 1 an en sanatorium où elle reçoit pendant 6 mois un traitement par PAS, Rimifon, Streptomycine. Arrêt du traitement lorsque l'expectoration n'est plus bacillifère. 3 ans après : Bacilloscopie négative. Image cicatricielle. Reprise du travail.
Les contrôles répétés montrent un aspect normal.
Accouchement naturel à terme.
- . 250 : Primipare de 24 ans.
A 19 ans, découverte d'un infiltrat du sommet gauche. Traitée pendant 3 mois à l'hôpital. Pendant 18 mois en sanatorium. Pas de Bacilles de Kock trouvés dans l'expectoration.
Bilan radio-clinique négatif lors de la grossesse. Accouchement naturel à terme.

- . 262 : Deuxième pare de 36 ans.
Tuberculose pulmonaire gauche découverte à 25 ans. Traitée par pneumothorax entretenu pendant 4 mois. Surveillance régulière depuis, ne décelant pas d'anomalies.
Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant vivant de 1530 gr.
- . 440 : Primipare de 18 ans. Tuberculose nodulaire bilatérale à 11 ans. Traitée par PAS, Rimifon, Streptomycine. Un an de sanatorium. Opérée 3 ans avant l'accouchement d'un angiome temporal. Crises convulsives séquelles. Par ailleurs bassin généralement rétréci léger. Césarienne à terme d'un enfant vivant de 3300 gr.
- . 469 : Troisième pare de 28 ans. Antécédents de tuberculose pulmonaire. Groupe sanguin A rhésus négatif. Pas d'agglutinines au cours de la grossesse. Insertion latérale du placenta. Accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant vivant de 1640 gr. Hémorragie grave de la délivrance. Révision utérine.
- . 521 : Primipare de 17 ans.
Au début de la grossesse, amaigrissement, asthénie, hémoptisie non constatée. Pas d'anomalies radiologiques. Pas de Bacilles de Kock trouvés dans l'expectoration ni le tubage.
Conjoint traité pour tuberculose pendant 4 ans.
Accouchement à terme.
- . 574 : Quatrième pare de 23 ans.
Découverte lors de la première grossesse d'une lésion excavée sous claviculaire gauche. Bacilles de Kock retrouvés au tubage. Hospitalisée pendant 6 mois.
Traitement par PAS, Rimifon, Streptomycine.
Dès que l'expectoration n'est plus bacillifère la malade sort de l'hôpital et arrête son traitement.
Le bilan radio-clinique est négatif. Accouchement naturel à terme.
- . 735 : Cinquième pare de 26 ans.
Tuberculose excavée du sommet gauche à 17 ans, traitée par pneumothorax entretenu pendant 3 ans. Suivie régulièrement. Pas d'anomalies décelées. Accouchement naturel à terme.
- . 730 : Sixième pare de 28 ans.
Tuberculose excavée du sommet droit découverte à 19 ans. Traitée par Streptomycine et pneumothorax entretenu pendant 3 ans. Suivie régulièrement depuis. Bilan normal.

La première grossesse s'est interrompue à 6 mois.
Accouchement naturel à terme.

. 846 : Quatrième pare de 32 ans.

Tuberculose pulmonaire excavée gauche à 23 ans. Traitée par Streptomycine pendant 3 ans et demi.

Bilan radio-clinique négatif.

Accouchement naturel à terme.

. 1379: Primipare de 34 ans.

Tuberculose à 30 ans. Infiltrat du sommet gauche.

Forceps pour fatigue maternelle et souffrance foetale.

. 1468: Primipare de 32 ans.

Tuberculose pulmonaire excavée bilatérale à 18 ans. Pneumothorax bilatéral entretenu à droite pendant 4 ans, à gauche pendant 4 ans, à gauche pendant 3 ans. A 23 ans mal de Pott dorso lombaire (D 12 L1)^o. Traité par greffe.

Image pulmonaire stabilisée depuis 8 ans. En raison des antécédents de la malade extraction par forceps systématique d'un enfant de 3000 gr.

. 1464: Septième pare de 28 ans.

- A 10 ans, pleurésie sérofibreuse traitée à domicile. Séjour à la campagne pendant 2 ans.

- A 12 ans, 2 abcès froids sous maxillaires traités par incision.

- A 20 ans découverte d'un infiltrat du sommet droit lors de l'examen prénatal. Hospitalisée pendant un an et demi. Traitée par repos et calcium.

- A 23 ans, hémoptyse. Pas de bacilles de Kock retrouvés radiologiquement. Accentuation de la trame hilaire.

- A 25 ans, découverte d'une extension des lésions du poumon droit. Traitement par PAS, Rimifon, Envoyée en sanatorium, puis hospitalisée. La malade sort sur sa demande et ne suit pas le traitement.

Accouchement naturel à terme.

Conclusions :

Sur 1698 accouchements nous avons observé :

- 19 cas de tuberculose soit une tuberculose sur 89 accouchements.

Sur ces 19 observations :

- 3 présentent une tuberculose évolutive.
- 16 présentent des antécédents de tuberculose guérie.

Sur les 3 malades présentant une tuberculose en évolution :

- 2 accouchements naturels à terme.
- 1 application de forceps.

Sur les 16 malades présentant des antécédents tuberculeux :

- 1 césarienne chez une femme présentant des crises convulsives et opérée d'un angiome temporal 3 ans avant.
- 2 applications de forceps.
- 13 accouchements naturels à terme.

Aucun des enfants nés de mère tuberculeuse n'a paru présenter de lésion tuberculeuse.

Dans aucun cas l'accouchement, ni immédiatement, ni dans les suites, n'a influé sur l'évolution de la maladie tuberculeuse.

XI - SYPHILIS ET GROSSESSE

1 - Sérologie positive :

- . 54 : Troisième pare. Quatrième geste de 31 ans.
Syphilis découverte lors de la première grossesse pour une maladie de l'enfant. Traitée pendant 3 ans par Pénicilline, une série d'injections de Bivatol. Plusieurs séries d'injections.
Aucun traitement pendant 4 ans.
Grossesse actuelle BW ++, Kolmer +++, Kleine +++
Traitée par 8 injections de Extencilline Bipénicilline.
Accouchement naturel à terme d'un enfant de 3060 gr.
Placenta 510 gr.
- . 110: Deuxième pare. Troisième geste de 26 ans.
1 fausse couche dans les antécédents. BW ++ découvert lors de l'accouchement naturel à terme d'un enfant de 3600 gr. Placenta : 620 gr.

- . 183 : Primipare de 18 ans.
Spécifité acquise au début de la grossesse. BW ++. Traitée par Flocilline et Bismuth.
Accouchement naturel à terme d'un enfant vivant de 3300 gr.
Placenta de 620 gr.
Prélèvement de sang du cordon pour test de Nelson.
- . 276 : Deuxième pare de 24 ans .
BW++ 6 mois auparavant . Pas de traitement.
Accouchement naturel à terme d'un enfant de 4000 gr. Placenta 700 gr.
Prélèvement de sang au cordon pour test de Nelson.
- . 1051: Deuxième pare de 34 ans. Spécifité découverte au 6ème mois de la grossesse. BW++. $\dagger$ est de Nelson à 100% Kolmer ++. Pas de traitement. Accouchement naturel à terme d'un enfant de 3300 gr. Placenta de 700 gr.
- . 1464: Septième pare de 28 ans. Découverte de la spécifité à l'âge de 13 ans.
Traitement par Bivarol irrégulièrement suivi.
A 21 ans lors de la première grossesse BW+ traité par 12 millions d'unités depénicilline
Traitée à chaque grossesse. Le BW est toujours positif.
3ème enfant : accouchement prématuré. Ostéochondrite syphilitique traitée.
4ème enfant : accouchement prématuré.
5ème enfant : accouchement prématuré.
Au début de la grossesse actuelle, traitement par pénicilline et 3 injections de cyanure.
Bilan sérologique : BW+++++ Kolmer +++ Kleine +++
Accouchement naturel à terme d'un enfant de 3250 gr.
Placenta 650 gr.
Prélèvement de sang au cordon pour test de Nelson.
- . 1080 : Huitième pare de 38 ans. Découverte de la spécifité lors de la grossesse.
Pas de contagé ni de signes de syphilis récente. Traitée depuis lors de chaque gestations. BW+ à l'accouchement. Enfant de 4820 gr. Placenta de 750 gr.

2 - Sérologie négative :

- . 270 : Primipare de 22 ans. Spécifité découverte au 7ème mois de la grossesse. Pas de notion contagé ni d'antécédents. Traitée par

une série d'injections de pénicilline (12 millions d'unités).
Dernières réactions sérologiques négatives. Accouchement naturel à terme d'un enfant de 2400 gr. Prise de sang sur le cordon pour test de Nelson.

- . 286 : Cinquième pare de 33 ans. Spécifité découverte lors de la 2ème gestation. Traitée par Bipénicille Bivatol. BW négatif après le traitement. Réactions sérologiques positives lors de la 3ème grossesse. Nouveau traitement. Réactions négatives depuis. Accouchement naturel à terme d'un enfant de 3600 gr. Placenta de 500 gr. Prise de sang au cordon pour test de Nelson.
- . 467 : Cinquième pare de 31 ans. Procréateur traité par syphilis. BW et test de Nelson négatifs chez la mère. Accouchement naturel d'un enfant de 3200 gr.
- . 1689: Deuxième pare de 22 ans. 1 fausse couche à 3 mois, 2 ans auparavant.
Au début de la grossesse, BW+ . Apparition d'une raséole.
La ponction lombaire pratiquée alors montrait : Lymphocytes : 0,8 - Albumine : 0,10 - Benjoin colloïdal - Floculation normale - BW négatif. Test de Nelson négatif.
Traitement par 10 millions d'unités de pénicilline. 3 injections de cyanure. Accouchement naturel à terme d'un enfant pesant 2700 gr. Placenta 500 gr.
Prélèvement de sang au cordon pour test de Nelson.

Conclusions :

Pour 1698 accouchements nous avons relevé : 11 cas de syphilis.

- a - Sur 11 accouchements syphilitiques, 7 ont une sérologie positive au moment de l'accouchement. Les accouchements se sont produits naturellement à terme. Aucun des enfants ne présentaient de lésions syphilitiques.
- b - Parmi les 4 cas où la sérologie est négative, nous avons relevé : 1 délivrance artificielle.

Tous les enfants sont normaux. La mortalité infantile est nulle.

INSUFFISANCES HORMONALES

=====

L'étude des éliminations hormonales au cours de la grossesse dans le laboratoire du service est menée en même temps que celles des consultantes en gynécologie qui constituent une des principales activités du laboratoire.

Les grossesses suivies du point de vue hormonal appartiennent à 3 catégories :

- Soit que la femme présente des antécédents d'accouchements prématurés ou d'avortements.
- soit que la grossesse actuelle soit marquée d'accidents évolutifs.
- soit qu'existent certains états pathologiques comme le diabète.

Ces dosages étudient l'élimination urinaire des GBS 13 selon la méthode de JAYLE et CREPY, du complexe des phénolstéroïdes selon la réaction de Koher, des 17 Cetostéroïdes selon la réaction de Zimmerman.

Sur les 20 cas d'insuffisance hormonale suivis dans le service on note :

- 8 insuffisance hormonale globale sévère
 - . 4 avortements
 - . 1 enfant prématuré vivant
 - . 1 enfant mort-né
 - . 2 enfants vivants dont un extrait par césarienne la mère étant en outre diabétique.
- 4 insuffisance hormonale globale moyenne
 - . 2 enfants prématurés vivants
 - . 1 enfant mort-né
 - . 1 enfant à terme vivant

Une de ces insuffisances étant associée à un diabète avec acidose.

- 5 insuffisance hormonale globale légère
 - . 4 enfants à terme vivants
 - . 1 enfant mort chez une mère diabétique
- 3 insuffisance folliculinique isolée
 - . 3 enfants vivants à terme.

Le nombre d'observations recueillies pendant une année ne permet pas de conclure. On peut cependant rapprocher ces résultats de ceux d'une étude faite dans le service portant sur un grand nombre de cas et qui a fait l'objet d'une publication. Les investigations au cours des accidents évolutifs de la grossesse doivent comporter en particulier la recherche d'une éventuelle insuffisance hormonale afin d'établir une thérapeutique souvent efficace puisque dans les 20 observations étudiées 13 femmes ont donné naissance à des enfants vivants.

ooOoo

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

=====

I - TUMEURS UTERINES ET GESTATION

A - FIBROMES 11 observations

7 se terminant par un avortement
1 accouchement d'un hydrocéphale
3 enfants vivants .

- 150 Noyau fibromateux de la face postérieure
 Avortement au 4ème mois
- 157 Utérus fibromateux
 Avortement au 3ème mois
- 177 Utérus fibromateux
 Avortement à 1 mois 1/2 - Nombreux avortements
- 266 Avortement au 4ème mois chez une femme ayant 2 enfants
 Fausses couches à répétition - myomes du bord droit.
- 383 Fibrome de la face postérieure au niveau de l'isthme
 Avortement au 3ème mois.
- 388 Femme de 36 ans - 4ème fausse-couche
 3 enfants vivants - Syndrome d'hypocoagulabilité nécessitant
 transfusion - volumineux fibrome du fond - Hystérectomie.
- 439 Avortement au 2ème mois - fibrome de la lèvre antérieure du col
- 242 IIIème pare de 28 ans.
 Myomectomie à 2 mois 1/2 pour métrorragies entraînant anémie
 importante (NFS 3.100.000)
 Dosages hormonaux normaux
 Suites opératoires satisfaisantes - Sortie le 13ème jour avec
 traitement Distilbène - Progestérone.

Accouchement naturel à terme - Enfant vivant de 3350 gr
 Délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

- 710 Primipare de 23 ans
 Myomectomie
 Salpingectomie au 2ème mois de la grossesse
 Forceps systématique à terme - Enfant vivant de 2950 gr.
 Délivrance artificielle systématique.
- 810 Primipare de 28 ans - Myomectomie à 2 mois 1/2 de la grossesse
 pour volumineux myome du bord gauche.
 A terme présentation du siège décomplété mode des fesses.
 Hydrocéphale nécessitant l'accouchement par la manoeuvre de Van
 Huevel Tarnier. Accouchement d'un enfant de 2800 gr avec pieds
 bots, malformation aux doigts des deux mains.
- 1028 IIIème pare, myomectomie au 2ème mois.
 Forceps systématique à terme - enfant vivant de 3200 gr
 Délivrance artificielle systématique.

B - MOLE HYDATIFORME 1 observation

- 1469 Avortement au 5ème mois - expulsion d'une mole partielle
 Révision utérine ramenant quelques vésicules molaires et des
 débris placentaires
 L'examen histologique révèle l'absence de malignité.

C - PLACENTA PRAEVIA

a - Placenta Latéral 11 observations

- 46 Primipare de 24 ans
 Accouchement naturel à 7 mois 1/2 - Rupture prématurée des mem-
 branes
 Enfant vivant de 1900 gr.
 Délivrance naturelle.
- 469 IIIème pare de 32 ans
 Hémorragie grave au 7ème mois de la grossesse
 Accouchement naturel d'un enfant vivant de 1640 gr
 Révision utérine
 Par ailleurs il s'agissait d'une malade de groupe A Rhésus négatif

Les recherches d'agglutinines é tant restées négatives tout au long de la gestation.

- 573 XIIème pare 42 ans - Hématome rétro-placentaire
Enfant macéré 2400 gr.
- 684 IIème pare de 23 ans
Accouchement par le siège complet au 7ème mois d'un enfant de 1380 gr vivant après réanimation de 15 minutes. Envoyé dans un centre de prématurés.
- 855 IVème pare de 36 ans
Hémorragie très importante au 6ème mois et demi de la grossesse
Accouchement naturel d'un enfant vivant de 1760 gr.
Délivrance naturelle complète.
- 769 IIème pare de 43 ans
Ier accouchement 21 ans auparavant
Rupture prématurée des membranes au 8ème mois
Accouchement naturel d'un enfant de 2950 gr. mort né in utero au début du travail
Délivrance naturelle complète.
- 1261 Primipare de 26 ans
Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un enfant vivant de 1660 gr.
Dégagement en OS
Délivrance naturelle complète.
- 1541 Primipare de 27 ans
Rupture prématurée des membranes à 8 mois 1/2
Accouchement naturel d'un enfant vivant de 2160 gr
Délivrance naturelle complète.
- 1626 Primipare de 20 ans
Antécédents de pyélite au cours de la grossesse
Accouchement naturel au 8ème mois d'un enfant vivant de 2470 gr.
- 1630 IIème pare de 34 ans
Accouchement à terme - après rupture prématurée des membranes 8 jours avant - enfant vivant de 3100 gr.
Délivrance artificielle incomplète nécessitant une révision utérine
- 945 Primipare de 32 ans
Hémorragie importante au début du travail nécessitant une

transfusion (2 flacons de sang)

Césarienne basse segmentaire transversale extraction d'un enfant vivant de 3300 gr.

b- Placenta marginal

- 294 IIIème pare de 34 ans
Accouchement naturel au 8ème mois de la gestation
Hémorragie importante au cours du travail
Naissance d'un enfant vivant de 1700 gr
Délivrance artificielle.
- 1252 IXème pare de 39 ans
Accouchement naturel à terme
Naissance d'un enfant vivant de 3400 gr
Délivrance artificielle pour rupture du cordon.
- 1581 VIIIème pare de 32 ans
Hémorragie importante au 8ème mois
Accouchement par le siège décomplété mode des fesses
Enfant mort-né de 2300 gr.
Délivrance naturelle complète.

c - Placenta recouvrant 1 observation

- 315 VIème pare de 35 ans
A terme - hémorragie extrêmement importante au début du travail nécessitant une transfusion massive (5 flacons)
Césarienne basse transversale extraction d'un enfant de 3540 gr vivant après 1/4 heure de réanimation
Au cours de la grossesse découverte d'une insuffisance hormonale globale sévère - Traitement non suivi.

EN RESUME

Sur 15 observations d'insertion basse du placenta :

- 2 césariennes ont été pratiquées, extrayant 2 enfants vivants
- 2 accouchements par le siège : 1 enfant mort-né
1 enfant réanimé.

La mortalité infantile a été de :

- 3 mort-nés utero dont 2 en début de travail
- 1 mort né macéré

La mortalité maternelle a été nulle mais on note :

- 2 hémorragies très graves nécessitant des transfusions importantes.

ooOoo

ANOMALIES DE LA PARTURITION

=====

I - ACCOUCHEMENTS PREMATURES

A - DATE DE L'ACCOUCHEMENT

5 mois 2 observations

1007 enfant de 900 gr vivant envoyé dans un centre de prématurés
 1113 enfant de 600 gr mort quelques heures après la naissance

5 mois 1/2 2 observations

472 860 gr mort-né
 1300 800 gr mort-né

6 mois 14 Observations

176 - 329 - 337 - 504 - 529 - 594 - 705 - 789 - 1015 - 1042 - 1055 -
 1180 - 1454 - 1549 -

1 mort-né macéré de 1620 gr

Parmi les enfants nés à 6 mois qui ont tous un poids inférieur à 1500 gr

- 5 sont morts dans les premières heures
- 7 ont été dirigés sur un centre de prématurés
- 1 est mort 3 jours après la naissance.

6 mois 1/2 9 observations

10 - 36 - 75 - 158 - 444 - 835 - 1114 - 1253 - 1626

Sur ces 9 enfants :

- 3 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr
- 4 ont un poids compris entre 1000 et 1500 gr
- 1 a un poids inférieur à 1000 gr.

- 2 sont morts quelques heures après la naissance
- 5 ont été dirigés sur des centres de prématurés
- 2 sont sortis de la maternité avec un état général satisfaisant.

7 mois 23 observations

143 - 193 - 240 - 262 - 292 - 494 - 495 - 499 - 538 - 649 - 684 - 824 -
 971 - 1089 - 1116 - 1127 - 1193 - 1194 - 1236 - 1345 - 1346 - 1470 -
 1472 -

Sur ces 23 enfants nés au terme de 7 mois :

- 9 ont un poids égal ou inférieur à 1500 gr:
 - . 1 mort-né
 - . 2 morts quelques heures après la naissance
 - . les 6 autres ont été dirigés sur un centre de prématurés, dont
 2 jumeaux.
- 8 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr, parmi eux :
 - . 1 est mort quelques heures après la naissance
 - . 2 ont été dirigés sur un centre de prématurés
 - . 5 sont sortis en état général satisfaisant de la maternité dont
 2 jumeaux
- 6 ont un poids compris entre 2000 et 2600 gr
 - . 1 est mort quelques heures après la naissance
 - . 5 sont sortis en bon état de la maternité.

7 mois 1/2 21 observations

46 - 102 - 155 - 169 - 349 - 390 - 464 - 685 - 618 - 738 - 784 - 819 -
 957 - 968 - 989 - 1075 - 1102 - 1103 - 1105 - 1261 - 1378 -

- 4 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr.
 - . 1 est mort-né
 - . les 3 autres ont été dirigés sur un centre de prématurés.
- 14 ont un poids compris entre 2000 et 2500 gr et sont sortis en bon
 état général de la maternité.
- 3 ont un poids supérieur à 2500 gr et sont sortis en bon état de la
 maternité.

8 mois 25 observations

124 - 143 - 171 - 294 - 441 - 576 - 736 - 769 - 777 - 786 - 911 - 922 -
 1010 - 1170 - 1292 - 1301 - 1337 - 1349 - 1436 - 1489 - 1510 - 1541 -
 1604 - 1626 - 1635 -

Sur 25 enfants nés au terme de 8 mois:

- 3 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr.
 - . 2 ont été dirigés sur un centre de prématurés
 - . le 3ème est sorti en bon état de la maternité
- 4 ont un poids supérieur à 2500 gr et sont sortis de la maternité avec un état général satisfaisant.

8 mois 1/2

9 observations

170 - 187 - 189 - 412 - 423 - 699 - 754 - 831 - 1052 -

Sur ces 9 enfants :

- 3 ont un poids inférieur à 2500 gr
- 5 ont un poids inférieur à 3000 gr
- 1 à un poids supérieur à 3500 gr
 - . 2 sont morts-nés utéro
 - . les 7 autres sont sortis dans un état général satisfaisant de la maternité.

B - MODE DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PREMATURES

- Accouchement naturel

- Sommet 89 observations
- Siège 5 observations
 - 102 siège décomplété mode des fesses
 - 240 siège décomplété Mauriceau sur tête dernière
 - 1489 siège décomplété.
 - 684 siège complet
 - 1253 version par manoeuvre interne - grande extraction.

- Gemellaire 2 observations

494/495 - 1345/1346

- Accouchement terminé artificiellement

- 171 Césarienne basse transversale pour hypertension artérielle chronique avec obésité.
- 189 Césarienne basse transversale pour rupture prématurée des membranes avec liquide sanglant - placenta en partie infarci.
- 423 Césarienne itérative.

423 Césarienne itérative

784 Forceps

824 Forceps pour césarienne antérieure chez une VIème pare

1052 Embryotomie rachidienne pour présentation de l'épaule avec procidence d'un membre supérieur. Mort avant le début du travail.

1089 Césarienne basse transversale pour hypertension artérielle.

1114 Présentation transversale chez une Xème pare
Version par manoeuvre interne - Grande extraction
Forceps pour rétention de tête dernière

1035 Césarienne basse transversale pour méningite à germes banaux avec coma au début du travail.

C - TERRAIN PATHOLOGIQUE RETROUVE DANS LES ACCOUCHEMENTS PREMATURES

Albuminurie 1626

Tuberculose 262 - 369

Rhésus 292 A Rhésus négatif - pas d'agglutinine IIIème pare
369 A Rhésus négatif - pas d'agglutinine IIIème pare
1114 O Rhésus négatif - pas d'agglutinine Xème pare

Hématome Rétroplacentaire 649 - 786 - 1378

Autres états pathologiques

819 (état hypomaniaque) - 1010 (Ictère) - 171 (Hypertension artérielle obésité) - 1635 (méningite à germes banaux).

D - ANOMALIES FOETALES DANS LES ACCOUCHEMENTS PREMATURES

1 observation

1454 Traces de traumatismes sur la région inguinale et les petites lèvres (tentative d'avordement par sonde).

La mortalité maternelle a été nulle.

E - MORTALITE FOETALE

Sur 105 accouchements 19 enfants sont morts

Morts-nés 7 observations

158 (mort-né macéré) - 472 (mort-né) - 529 (mort-né macéré)
 754 (mort-né utero) - 784 (mort-né macéré) - 1300 (mort-né)
 1052 (mort-né macéré).

Morts après la naissance 12 observations

176 1050 gr - mort peu après
 193 ranimé après 10' de soins - mort 7 heures après la naissance
 329 1120 gr - mort à la 4ème heure
 444 980 gr - Hypotonique respirant après 1/4 d'heure de soins - mort peu après.
 594 520 gr - mort quelques heures après
 649 1500 gr - mort à la 5ème heure
 789 Préaturé de 6 mois décédé 1 heure après
 971 2400 gr - ranimé - décédé 48 heures après sa naissance.
 1015 1280 gr - mort à la 3ème heure
 1180 1500 gr - cyanosé ranimé - mort le 3ème jour
 1143 Préaturé 5 mois - 600 gr mort 1 heure après la naissance
 1549 1450 gr mort peu après la 4ème heure
 1617 1560 gr syncope blanche - mort 1 heure après.

En les classant suivant leur poids on résume le devenir des enfants nés prématurément :

Poids	Nb de cas	Morts et Macérés	Envoyés dans un Centre	Morts avant Sortie	Sortis vivants
Moins de 1500 gr	26	3	12	9	2
Entre 1500 et 2000 gr	25	2	14	2	6
Entre 2000 et 2500 gr	41	2	-	1	38
Entre 2500 et 3000 gr	13				13

Aucune conclusion n'est en fait possible car 26 sur 59 vivants ont été envoyés dans un centre de prématurés parmi les plus petits.

II - GROSSESSES PROLONGEES 30 Observations

Les dates des dernières règles étant souvent mal connues des parturientes c'est une classification un peu arbitraire que l'on adoptera.

- Terme dépassé de 10 jours 14 observations

6 - 57 - 106 - 145 - 715 - 1090 - 1150 - 1326 - 1371 - 1448 - 1475 -
1464 - 1570 - 1692 -

- Terme dépassé de 15 jours 12 observations

327 - 532 - 535 - 724 - 964 - 1047 - 1104 - 1091 - 1097 - 1333 - 1373 -
1456 -

- Terme dépassé de 3 semaines 5 observations

834 - 845 - 872 - 1132 - 1146 -

A - ACCOUCHEMENTS NATURELS DANS LES GROSSESSES PROLONGEES 6 observations

57 - 106 (accouchement physiologiquement accéléré)
535 - 1333 (double circulaire du cordon - enfant réanimé)
834 - 1373 (enfant cyanosé décédé à la 48ème heure)

B - INTERVENTIONS DANS LES GROSSESSES PROLONGEES 25 observations

6 IIème pare BGR - Césarienne itérative après épreuve du travail

145 Forceps pour souffrance foetale

327 Déclenchement du travail - Benzoate d'oestradiol + hypophyse +
spasmalgine + quinine + accouchement normal.

532 Déclenchement artificiel du travail - accouchement normal.

715 IIème pare - césarienne basse transversale pour souffrance foetale
avant tout début de travail - En 1957 terme dépassé de 3 semaines.

724 Déclenchement artificiel du travail chez une primipare forceps pour
non progression de la présentation.

845 Césarienne chez une primipare de 22 ans pour terme dépassé de
3 semaines enfant réanimé de 3400 gr.

- 872 Déclenchement artificiel du travail - Episiotomie - Forceps à la partie moyenne pour souffrance foetale.
- 964 Déclenchement artificiel du travail.
- 1047 Déclenchement artificiel du travail.
- 1090 Déclenchement artificiel du travail - Absence de bruits du coeur du foetus - Accouchement d'un foetus mort et macéré.
- 1097 Déclenchement artificiel primipare.
- 1104 Primipare - Déclenchement artificiel du travail - Forceps pour souffrance foetale - Enfant de 3360 gr respirant après 15' de réanimation.
- 1132 Primipare - Agglutination du col - tentative d'avortement par caustique en début de grossesse - Forceps à la partie basse pour souffrance foetale et fatigue maternelle - enfant de 4200 gr réanimé.
- 1150 Déclenchement artificiel du travail.
- 1146 Primipare de 20 ans - Hypertension - Albuminurie - Oedème généralisé - Crises d'éclampsie - Coma - Césarienne extraction d'un enfant vivant mort de la femme au 5ème jour après de nombreuses crises d'éclampsies.
- 1148 Déclenchement artificiel.
- 1291 Primipare de 23 ans souffrance foetale avant tout début de travail césarienne.
- 1326 Souffrance foetale avant tout début de travail césarienne - IIème pare.
- 1371 Primipare 24 ans - echec du déclenchement artificiel - souffrance foetale - césarienne.
- 1464 VIIème pare de 39 ans - Syphilis BW + antécédents de tuberculose pulmonaire traitée - Déclenchement artificiel du travail.
- 1475 Insuffisance hormonale globale légère compensée - Déclenchement artificiel du travail.
- 1576 IIIème pare antécédents de tuberculose pulmonaire.
Déclenchement artificiel du travail - forceps pour souffrance foetale et du fait des antécédents maternels.
- 1456 IVème pare - Insuffisance hormonale globale moyenne traitée.
Déclenchement artificiel du travail.
- 1692 Primipare de 19 ans - BGR (PSP 11,2) Césarienne basse transversale.

Les grossesses prolongées posent un double problème que les méthodes employées dans le service de notre Maître le Professeur Agrégé J. GRASSET ont résolu de manière satisfaisante puisque sur 30 observations de grossesses prolongées confirmées, 29 accouchements ont donné naissance à des enfants vivants.

Le premier problème est d'affirmer la post-maturation. Les données cliniques gardent une valeur certaine mais ne permettent pas d'être formel. Aussi la détermination du terme de la grossesse est-elle faite dans le service en utilisant le colpocytogramme. Cette méthode simple plus sûre que l'étude des sécrétions endocrines placentaires qui peut être pratiquée de façon concomitante donne des résultats valables dans 90% des cas. Les aspects des frottis obtenus par prélèvement sur la partie moyenne du cul de sac latéral du vagin étalé sur lame, fixation par immersion dans l'alcool-éther et coloration par la technique de Pundel et Lichtfus sont les suivantes:

Frottis à terme : Absence de placards de cellules naviculaires observés avant terme, nombreuses cellules superficielles plicatées cyanophiles ou éosinophiles, les index éosinophiliques et caryopictotiques sont en hausse.

Frottis de dépassement de terme au début : Augmentation du nombre des cellules superficielles à cytoplasme bleu pâle et à noyau en pycnose. Plicatures moins fréquentes.

Frottis de dépassement de terme net : Cellules de type parabasal, augmentation du nombre des leucocytes.

La lecture de ces frottis permet de déterminer le terme de la grossesse. Il faut signaler que l'infection locale enlève toute valeur à l'interprétation de ces frottis et qu'il est nécessaire dans ce cas de modifier la flore locale par une antibiothérapie appropriée.

Le deuxième problème est le mode de terminaison de la grossesse.

Sur 30 observations de grossesse prolongée recueillies dans le service :

- 5 se sont terminées par un accouchement spontané
- 8 enfants ont été extraits par césarienne dont 7 avant toute tentative de déclenchement artificiel du travail. Deux césariennes pratiquées pour BGR 4 pour souffrance foetale, 1 chez une malade présentant un coma

éclamptique, 1 césarienne a été pratiquée pour échec du déclenchement artificiel.

- Dans 18 observations le travail a été déclenché artificiellement selon la méthode médicamenteuse mise au point par le Professeur J. GRASSET.
 - . Dans un cas on a été obligé de pratiquer une césarienne
 - . Dans 12 cas l'accouchement s'est effectué normalement
 - . Dans 5 cas on a dû recourir pour fatigue maternelle ou souffrance foetale à l'extraction par forceps.

La technique de la méthode est la suivante : Une heure après injection intra-musculaire de folliculine on injecte 2 unités 1/2 d'hypophyse et 1/2 cm³ de Spasmalgine, 20 minutes après on pratique une injection intra-musculaire de 0,25 gr de quinine. Après 20 minutes dans le cas le plus fréquent où le travail n'est pas déclenché, on répète dans le même ordre cette séquence médicamenteuse. Dès le travail déclenché on met en oeuvre la méthode d'accouchement physiologiquement accéléré mise au point par le Professeur J. GRASSET, dont les principes et la technique seront exposés plus loin. L'espacement et le fractionnement des doses réduisent au minimum les risques puisque nous n'avons enregistré aucune complications. Par ailleurs l'association des médications permet une potentialisation des effets et sur les 17 cas où la méthode a été employée on ne note qu'un échec.

Les accidents de la post-maturation doivent pouvoir être évités grâce aux méthodes de diagnostic de prolongation de la grossesse. La méthode de déclenchement médicamenteux du travail donne des résultats satisfaisants et diminue les risques pour la mère et l'enfant dans la mesure où l'on sait surseoir à des tentatives inopérantes dans les cas rares où la clinique et le colpocytogramme ont donné des résultats erronnés et que la grossesse prolongée n'est en fait qu'une erreur de dates.

Enfin il est des cas où les conditions obstétricales d'emblée défavorables soit chez la mère, soit chez le fœtus doivent faire opter pour l'extraction par intervention césarienne.

III - DISTOCIE DYNAMIQUE

A - INSUFFISANCE PRIMITIVE DES CONTRACTIONS UTERINES AYANT NECESSITE UNE PERFUSION D'HYPOPHYSE 12 observations.

258 - 456 - 458 - 525 - 912 - 963 - 891 - 1244 (accouchement naturel après perfusion d'hypophyse).

- 1601 Forceps à la partie moyenne
- 375 Souffrance foetale épisiotomie Forceps à la partie moyenne
- 345 Césarienne itérative basse transversale souffrance foetale précoce enfant réanimé.
- 678 Primipare - perfusion d'hypophyse épisiotomie.

B - ANOMALIE DE LA DILATATION

- Sans oedème du col 2 observations

- 707 IIIème pare
agglutination du col au début du travail cédant spontanément après 1 h.25 de potentialisation - accouchement normal.
- 1132 terme dépassé de 20 jours chez une primipare de 19 ans.
Agglutination du col d'origine probablement caustique (tentative d'avortement - perfusion d'hypophyse - épisiotomie pour forceps appliqué à la partie basse pour souffrance foetale et fatigue maternelle - enfant réanimé - poids 4200 gr.

- Avec oedème du col

- 939 Primipare OIDP mal fléchi - perfusion de post hypophyse
Application de forceps à la partie basse pour fatigue maternelle
Délivrance artificielle.
- 1083 IIIème gestation non progression de la dilatation externe du col
présentation transversale traitée - antécédents césarienne
césarienne basse transversale.
- 1134 IIème gestation - césarienne antérieure - non progression de la dilatation - rupture de la cicatrice antérieure - oedème du col
Césarienne, version podalique.
Extraction d'un enfant vivant de 3400 gr.
- 1573 IIème pare 0 Rhésus négatif pas d'agglutinine
Oedème du col
Potentialisation - perfusion hypophyse
Accouchement naturel

IV - MALFORMATIONS UTERINES

5 Observations

- 58 - 765 Utérus cylindrique - accouchement naturel par la méthode d'accouchement physiologiquement accéléré.

- 87 Utérus cordiforme
Début d'hémorragie, non décollement du placenta nécessitant une délivrance artificielle et une révision utérine.
- 1265 Utérus cordiforme chez une primipare de 38 ans avec antécédents de grossesse extra-utérine en 1954 - pose d'une perfusion d'hypophyse - Accouchement normal.
- 822 Utérus bicorne chez une primipare de 32 ans.
Accouchement naturel prématuré à 7 mois 1/2 d'un enfant vivant de 2300 gr.

EN CONCLUSION

La rareté des anomalies de la dilatation, puisqu'on en trouve 6 cas sur 1698 accouchements s'explique par l'emploi quasi systématique de la méthode d'accouchement physiologiquement accéléré.

La dystocie est réduite dans la majorité des cas par le renouvellement des agents médicamenteux dans les cas d'anomalies de la dilatation.

Dans les quelques cas où la perfusion d'hypophyse a ses indications, elle prend une efficacité thérapeutique remarquable sur l'utérus préparé par les agents neuroplégiques.

Dans un cas seulement on a dû intervenir par forceps pour fatigue maternelle après un travail prolongé.

La méthode d'accouchement physiologiquement accélérée et à douleurs atténuées, mise au point par notre Maître le Professeur Agrégé J. GRASSET depuis une douzaine d'années est appliquée à la majorité des parturientes.

Cette méthode réalise "en associant dans des proportions définies et à des périodes successives et déterminées de la dilatation des médications d'actions très diverses" une déconnection de l'utérus et des centres nerveux.

Des spasmolytiques
Des antihistaminiques
Des ganglioplégiques
Des curarisants sont aussi employés

Cette déconnection neuro-végétative supprime à peu près complètement les réactions hypertoniques utérines source de la plupart des difficultés du travail.

La technique d'utilisation consiste en :

A dilatation de deux francs :

injection sous-cutanée de Synopène et de spasmodex (2cm³ de chaque)
un quart d'heure après : 5 cm³ de Tetranium à 0,5
5 cm³ de Diparcol à 0,25
injecté par voie intra-musculaire.

A la dilatation complète on peut injecter en fonction de l'état du périné 2 cm³ de Flaxedil à 0,4 par voie intra-musculaire.

Les injections ne doivent pas être pratiquées trop précocément. Il est essentiel d'attendre que le travail soit déclenché.

RESULTATS

L'allure générale du travail est caractérisée par la régularité des contractions utérines, le parfait relâchement entre les contractions qui entraînent une meilleure qualité de la dynamique utérine. Le col reste souple la présentation parachève facilement son accommodation. La souffrance foetale est exceptionnelle. Ces médicaments sont parfaitement tolérés par les femmes.

Outre un important effet analgésique on constate l'abrégement de la période d'expulsion qui est par ailleurs facilitée par le relâchement du périné sous l'effet du curare.

Les produits utilisés sont :

- Comme antispasmodique

- le Spasmodex
- le Spasmavérine Bisphenyl - 3 - Propyl - Ethylamine

- Comme antihistaminique

- le Synopene ou 612-144 qui n'a pas les effets secondaires du Phénergan utilisé au début, tout en donnant des résultats comparables en ce qui concerne la marche du travail.

- Comme ganglioplégique

- 2987 RP ou Diparol dont l'action synaptolytique périphérique sur les relais ganglionnaires permet une forte dépression du tonus.
- Le Bromure de tétraéthylammonium est un Synaptolytique d'action exclusivement périphérique . Il possède en même temps des propriétés régulatrices du système neuro-végétatif.

Le curarisant employé est le Flaxedil curare de synthèse dérivé du Pyrogallol. Son action majeure est une paralysie de la fibre striée qui permet d'abaisser le tonus et la contractilité réflexe. Potentialisé par les médications précédentes administrées auparavant, il obtient à doses minimes un effet curarisant sans risque de bronchospasme.

V - PROCIDENCES

A - PROCIDENCE DU CORDON 8 observations

- 55 IIIème pare de 32 ans
Présentation du siège complet - Procidence du cordon
Accouchement naturel avec manoeuvre de Mauriceau d'un enfant de 2950 gr.
Longueur du cordon 1m25.
- 305 IIème pare de 24 ans - grossesse gémellaire
Déclenchement artificiel du travail
Accouchement naturel par le siège du premier enfant
2ème enfant - procidence du cordon - grande extraction du siège
Enfant de 2700 gr vivant - respirant après 5 minutes de réanimation.
- 774 Xème pare - 13ème geste de 39 ans
Procidence du cordon à dilatation de 2 francs
Accouchement spontané par le sommet d'un enfant vivant de 3250 gr.
- 1092 IVème pare de 33 ans - Diabétique
Procidence du cordon - Accouchement par forceps à la partie moyenne.
Dégagement en OS d'un enfant mort-né de 3980 gr.
Délivrance artificielle.

Le tableau ci-dessous permet de se rendre compte de l'efficacité des agents pharmaco-dynamiques utilisés dans la méthode de l'accouchement physiologiquement accéléré sur la rapidité de la dilatation de 2 francs à complète.

Parité	Nombre de cas étudiés	Conditions obstétricales normales				Conditions obstétricales moins favorables		Moyenne des cas traités	
		Cas traités		Série témoin non traitée		cas traités			
Primipares	291	2h16	152 cas	5h13	21 cas	3h04	118 cas	2h46	270 cas
Multipares	524	1h15	347 cas	2h53	51 cas	3h01	126 cas	1h43	473 cas
Total	815	1h42	499 cas	3h33	72 cas	3h02	244 cas	2h02	743 cas
Occipito Antérieur	Primipares	139	2h05 67 cas	4h54	8 cas	3h20	64 cas	2h42	131 cas
	Multipares	266	1h12 175 cas	2h10	30 cas	2h52	61 cas	1h40	236 cas
	Total	405	1h27 242 cas	2h18	38 cas	3h06	125 cas	2h01	367 cas
Occipito Postérieur	Primipares	152	2h18 85 cas	6h17	13 cas	4h08	54 cas	3h01	139 cas
	Multipares	258	1h17 172 cas	2h19	21 cas	2h24	65 cas	1h35	237 cas
	Total	410	1h37 257 cas	3h50	34 cas	3h11	119 cas	2h07	376 cas

Le tableau ci-dessous permet de se rendre compte de l'efficacité des agents pharmaco-dynamiques utilisés dans la méthode de l'accouchement physiologiquement accéléré sur la durée de l'expulsion.

Parité Nombre de cas étudiés	Conditions obstétricales normales		Conditions Obstétricales moins Favorables	Moyenne des cas traités
	Cas traités	Cas non traités		
Primipares 291	16' 194 cas	37' 21 cas	50'50" 76 cas	26' 270 cas
Multipares 524	8' 431 cas	14' 51 cas	48' 42 cas	12' 473 cas
Total 815	10' 625 cas	21' 72 cas	41' 118 cas	18' 743 cas

- 1126 VIème pare de 29 ans présentation du siège décomplété.
Mode des fesses - Procidence du cordon - Episiotomie
Grande extraction d'un enfant vivant de 2520 gr.
Délivrance artificielle - Longueur du cordon 1m.40
- 1194 IIIème pare de 27 ans - grossesse gémellaire
Accouchement prématuré au 7ème mois
1er enfant procidence du cordon battant faiblement
Présentation du siège complet
Accouchement spontané d'un enfant mort-né de 950 gr.
2ème enfant - grande extraction d'un enfant vivant de 1100 gr
Grossesse bichoriale - bi-amniotique.
- 1280 IVème pare de 35 ans - grossesse gémellaire
1ère enfant accouchement spontané
2ème enfant présentation du siège complet
Procidence du cordon - Accouchement spontané d'un enfant
vivant de 3440 gr.
Délivrance artificielle.
- 1687 IIème pare de 26 ans - Bassin plat léger (PSP 10, 4) non engage-
ment de la présentation, procidence du cordon. Extraction par
césarienne segmentaire basse transversale d'un enfant vivant de
3500 gr - Longueur du cordon 1m.53

B - PROCIDENCES D'UN MEMBRE 3 observations

- 307 - 308 - Grossesse gémellaire chez une VIIIème pare de 37 ans.
1er enfant accouchement spontané normal
2ème enfant présentation en OIDA
Procidence du bras postérieur - Oedème du col
Abaissement des pieds antérieurs
Version par manoeuvre interne - Grande extraction du siège
Abaissement antérieur des bras - Manoeuvre de Mauriceau
Enfant respirant après 1/4 heure de réanimation - 3480 gr.
- 908 IIIème pare de 25 ans - présentation en OIGA
Procidence d'une main se réduisant à l'expulsion
Naissance d'un enfant vivant de 3450 gr.
- 1052 IVème pare de 31 ans - Accouchement prématuré à 8 mois I/2
à l'entrée du travail pas de bruits du coeur perçus - présentation
de l'épaule - procidence du bras - Embryotomie rachidienne sur
un enfant macéré.

VICIATIONS PELVIENNES

=====

I - BASSINS RACHITIQUESBassin généralement rétréci

- 6 IIème pare 31 ans - Terme dépassé 10 jours - Césarienne itérative après épreuve du travail.
- 126 IIIème pare de 27 ans.
Grossesses antérieures : Ière : avortement au 5ème mois - 2ème : césarienne à terme - Antécédents de RAA - Existence d'une insuffisance mitrale.
Césarienne itérative avec ligature des trompes .
- 316 Primipare de 23 ans - Kyste de l'ovaire opéré au 7ème mois de la gestation. Césarienne systématique pour BGR (PSP à 10,4).
- 319 IIème pare de 26 ans - Césarienne pour BGR léger en 1957
Epreuve du travail - Forceps à la partie moyenne de l'excavation
Prise en OS - Episiotomie
- 364 Primipare de 25 ans - BGR léger - non engagement de la présentation souffrance foetale à la rupture des membranes - Césarienne basse transversale.
- 377 Primipare de 30 ans
Présentation du siège décomplété - Rupture prématurée des membranes - Souffrance foetale à la 5ème heure du travail - Césarienne basse transversale.
- 440 Primipare de 28 ans - antécédents de tuberculose pulmonaire en 1951 -52 - Crises convulsives attribuées à un angiome temporal
BGR léger - Césarienne basse transversale.
- 449 IVème pare - Césarienne itérative - ligature des trompes -

- 482 Primipare de 19 ans - BGR léger présentation du siège décomplété non engagement après 8 heures d'épreuve du travail - liquide teinté Césarienne basse transversale.
- 517 IIIème pare de 32 ans - Césarienne itérative pour modification des bruits du coeur après 4 heures de travail (PSP = 10, 8)
- 657 Primipare de 24 ans - Césarienne à la 4ème heure du travail pour non engagement de la présentation et liquide teinté (PSP=10, 4)
- 680 IIIème pare de 28 ans - Césarienne itérative (3ème césarienne)- ligature des trompes -
- 725 IIIème pare de 32 ans - Césarienne itérative (3) Ligature résection (PSP= 10, 2)
- 830 IIIème pare de 35 ans - Césarienne itérative (3) Ligature résection (PSP= 10, 4)
- 853 IIIème pare de 27 ans - Césarienne itérative (3) Ligature résection
- 967 IIIème pare de 25 ans - Césarienne itérative (3) (PSP= 10, 6)
- 1034 IIème pare de 25 ans - Césarienne itérative (PSP= 10, 4)
- 1046 IIème pare de 23 ans - Bassin limité - Césarienne lors de la première gestation - césarienne itérative.
- 1119 Primipare de 20 ans BGR (PSP= 10, 6) - Césarienne basse transversale pour modification des bruits du coeur après 3 heures de travail.
- 1224 IIIème pare de 34 ans - Césarienne itérative - Ligature des trompes
- 1326 IIème pare - Césarienne itérative - Ligature des trompes
- 1556 Primipare de 21 ans - Césarienne basse transversale pour BGR (PSP= 10, 2)
- 1692 Primipare de 19 ans - Terme dépassé de 10 jours - Césarienne basse transversale pour BGR (PSP = 11, 2)

Bassin rétréci transversalement

- 31 Primipare de 22 ans - Césarienne après épreuve du travail.

Bassin aplati

- 343 IIème pare 34 ans - Césarienne itérative pour bassin GR aplati Ligature des trompes.
- 682 IIIème pare de 29 ans - Bassin plat léger explorable - Accouchement spontané après double potentialisation.

- 1687 IIème pare 26 ans - Césarienne pour non engagement de la présentation et procidence du cordon - Bassin plat léger (PSP=10,2)

II - BASSIN COXALGIQUE

- 25 IIème pare de 27 ans - Coxalgie gauche - Assymétrie légère Procidence du cordon - Accouchement spontané d'un enfant de 3280 gr.
- 408 IIIème pare de 34 ans - Coxalgie droite avec ankylose partielle en bonne position - Césarienne itérative - Ligature résection des trompes naissance d'un enfant vivant de 3140 gr.

III - BASSIN DE LUXATION CONGENITALE

- 1121 IIème pare de 29 ans - Luxation congénitale de la hanche droite ankylose en bonne position - Accouchement spontané à terme.

IV - BASSIN VICIE DIVERS

- 438 Primipare de 23 ans - Détrouit moyen rétréci - Accouchement naturel après double potentialisation et perfusion d'hypophyse.
- 1338 Primipare de 25 ans - BGR - Sacralisation de L5 Césarienne basse transversale.
- 1535-36 Primipare de 24 ans - Grossesse gémellaire
Fracture du bassin en 1955 lors d'un accident d'auto- traitée orthopédiquement - Dia mètre transversal maximum 12,5 oblique long 11,8 - oblique court 10,2 transverse moyen 11,5 - Antéro-postérieur 12 cm
1er enfant : siège complet accouchement spontané d'un enfant de 2000 gr
2ème enfant : 2210 gr accouchement spontané par le siège
- 1616 IIIème pare de 35 ans - Déclenchement artificiel du travail - non progression de la présentation - Bassin assymétrique - Forceps à la partie moyenne en OIGA puis en OS - Délivrance artificielle.

Sur 1698 accouchées nous avons enregistré :

- 27 bassins rachitiques
- 2 bassins coxalgiques

- 1 bassin de luxation congénitale de la hanche
- 1 bassin avec rétrécissement du détroit moyen
- 2 bassins asymétriques dont un secondaire à une fracture.

Sur les 27 bassins rachitiques on a pratiqué 26 césariennes; il y a eu 1 accouchement naturel.

La mortalité maternelle et foetale est nulle.

ooOoo

ANOMALIES ET COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

=====

I - DELIVRANCE ARTIFICIELLE 107 cas

A - POUR NON DECOLLEMENT : 37 cas

77 - 86 - 97 - 114 - 242 - 270 - 292 - 304 - 305 - 310 - 356 - 370 -
452 - 494 - 495 - 502 - 528 - 633 - 662 - 689 - 702 - 703 - 774 - 794 -
878 - 879 - 916 - 926 - 969 - 1015 - 1056 - 1114 - 1253 - 1279 - 1280 -
1300 - 1354 - 1390 - 1399 - 1454 - 1475 - 1542 - 1543 -

B - POUR HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE : 10 cas

76 - 87 - 132 - 133 - 226 - 341 - 437 - 1252 - 1271/72 - 1397 -

C - DELIVRANCE ARTIFICIELLE SYSTEMATIQUE

- Après forceps 47 cas

13 - 24 - 58 - 59 - 74 - 104 - 119 - 154 - 227 - 399 - 575 - 583 - 605 -
681 - 686 - 723 - 724 - 744 - 784 - 824 - 832 - 843 - 844 - 849 - 869 -
872 - 884 - 887 - 939 - 951 - 984 - 1021 - 1074 - 1132 - 1192 - 1360 -
1407 - 1531 - 1547 - 1554 - 1572 - 1596 - 1609 - 1616 - 1642 -

- Après accouchements compliqués 11 cas

258 Double potentialisation hypophyse albumine en fin de gestation
289 Grande extraction pour siège complet
649 Hématome rétro placentaire
857 siège décomplété
820 Manoeuvre de Van Huevel-Tarnier pour hydrocéphalie
1226 Grande extraction siège décomplété procidence du cordon
1351 Délivrance systématique pour césarienne antérieure
1494 Hydrocéphalie - perforation rachidienne
1529 Présentation transversale - Version suivie de grande extraction
1630 Siège décomplété - Insertion latérale du placenta
1644 Obésité - Hypertension artérielle - mort-né macéré.

II - HEMORAGIES DE LA DELIVRANCE : 12 cas

22 - 106 - 132 - 133 - 184 - 318 - 341 - 346 - 835 - 1268 - 1397 - 1686

III - REVISION UTERINE POUR DELIVRANCE INCOMPLETE: 41 observations

13 - 76 - 91 - 95 - 135 - 143 - 182 - 260 - 318 - 323 - 347 - 354/55 -
 371 - 444 - 469 - 475 - 486 - 576 - 594 - 618 - 623/24 - 702/03 - 724 -
 740 - 744 - 754 - 786 - 804 - 878/79 - 880 - 926 - 972 - 1268 - 1293 -
 1300 - 1528 - 1549 - 1617 - 1630 - 1657 - 1696 -

Sur ces 150 observations aucune complication grave mettant la vie de l'accouchée en jeu.

ooOoo

PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

=====

PHLEBITES

- 776 Phlegmatia alba dolens 6 jours après accouchement naturel à terme
Traitement Héparine puis Tromexane - Guérison.
- 1145 Perturbation humorale préphlébitique après accouchement naturel
chez une grande multipare présentant des varices des membres
inférieurs.
Traitée par Héparine puis Tromexane - Guérison.
- 1162 Embolie pulmonaire au 9ème jour après un accouchement naturel à
terme pas de signes de phlébite périphérique - Traitement par Héparine
puis Tromexane - Guérison.
- 1667 Menace de Thrombophlébite avec perturbation humorales - Régres-
sion sous influence d'un traitement Héparine puis Tromexane.

INFECTIONS MAMMAIRES

LYMPHANGITES 5 observations

984 - 1370 - 1515 - 1559 - 1679 -

Régression sous l'influence d'un traitement simple.

ABCES DU SEIN 3 observations

- 295 Abscess apparue le 12ème jour - Propidon Perfusion de 11 62 F - Incision
- 1504 Abscess survenu à la suite d'un furoncle - Perfusion de 11 62 F
Tifomycine.
- 1509 Abscess apparue le 5ème jour après l'accouchement - propidon -
perfusion de 11 62 F - incision au 10ème jour - Tifomycine -
Guérison.

SUITES DE COUCHES FEBRILES

COLIBACILLOSE 2 observations 160 - 808

SANS GERMES RETROUVES 1 observation 709

DIVERS

815 Primipare de 23 ans - apparition quelques heures après un accouchement naturel d'une paraplégie complète sans signes de localisation
Rétrocession progressive - Passage en neuro-chirurgie - Les hypothèses de hernie discale, de rupture ou d'oedème vasculaire étant envisagées. Récupération complète 2 mois après.

PSYCHOSE DES SUITES DE COUCHES

245 Primipare de 20 ans - Névrose perpuérale avec hostilité - Dirigée sur un service de neuro-psychiatrie.

EN CONCLUSION

La rareté des complications du post-partum s'explique par les mesures prophylactiques employées dans le service avec la rigueur indispensable.

Prévention des phlébites par la mobilisation et le lever précoce. Etude de la crase sanguine à la moindre suspicion de thrombose, mise au traitement anti-coagulant, héparine relayée rapidement par les antivitaminiques K lorsque les tests de coagulation ou la clinique témoignent d'une thrombose en évolution. D'autre part les soins d'aseptie et l'arsenal antibiotique permettent de limiter au minimum les accidents septiques.

Une surveillance rigoureuse et des précautions depuis longtemps codifiées permettent la prévention des complications du post-partum puisque sur 1698 accouchements la morbidité maternelle n'a été que de 15 cas.

INTERVENTIONS OBSTETRICALES ET CHIRURGICALES AU
 =====
 AU COURS DE LA PARTURITION
 =====

I - APPLICATION DE FORCEPS 86 observations

A - CAUSES

- Non progression de la présentation et souffrance foetale: 53 observations

28 - 57 - 63 - 72 - 74 - 86 - 89 - 92 - 108 - 113 - 124 - 145 - 158 -
 159 - 162 - 227 - 319 - 425 - 575 - 583 - 605 - 622 - 676 - 683 -
 724 - 744 - 784 - 832 - 843 - 844 - 849 - 884 - 887 - 951 - 984 -
 1021 - 1074 - 1104 - 1107 - 1132 - 1133 - 1144 - 1254 - 1343 - 1360 -
 1365 - 1401 - 1407 - 1453 - 1531 - 1565 - 1572 - 1596 - 1609 - 1616 -
 1627 - 1642 - 1683 -

- Procidence du cordon 1092

- Rétention tête dernière au cours des grandes extractions du siège 1114

- Etat pathologique de la mère

119 Primipare âgée

260 Insuffisance aortique mal supportée

399 Obésité insuffisance primitive des contractions

374/75 Grossesse gémellaire

681 Primipare âgée

1192 Primipare paraplégique à la suite d'une poliomyélite

1468 Antécédents de tuberculose pulmonaire excavée récemment stabilisée

1512 Insuffisance mitrale et insuffisance aortique

1547 Diabète - Insuffisance hormonale sévère

1554 Rétrécissement mitral - Insuffisance aortique - Grossesse mal supportée.

- Fatigue de la mère 636 - 1379

- Utérus cicatriciel 710 - 824 - 897 - 939 - 1028

- Autres indications

723 Césarienne antérieure - Rupture prématurée des membranes

869 Primipare âgée - déclenchement artificiel

872 Terme dépassé déclenchement artificiel

969 Primipare âgée - accouchement prématuré

1302 Gestation triple - forceps sur le 1er enfant

1303

1304

1570 Terme dépassé de 8 jours - Déclenchement artificiel du travail.

1657 Hématome rétroplacentaire au 7ème mois - Rétention foetale d'une quinzaine de jours - Extraction d'un foetus macéré.

1661 Insuffisance primitive des contractions

B - MODE D'APPLICATION

- Application directes - 37 observations

50 - 72 - 74 - 86 - 108 - 113 - 119 - 145 - 154 - 158 - 162 - 227 -

260 - 319 - 374 - 681 - 710 - 744 - 939 - 1028 - 1092 - 1107 - 1114 -

1132 - 1192 - 1302 - 1453 - 1468 - 1512 - 1547 - 1554 - 1572 - 1627 -

1642 - 1657 - 1683 -

- Applications obliques 45 observations

OIGA 23 observations

- Partie haute de l'excavation 3 observations

124 - 159 - 1407 -

- Partie moyenne de l'excavation 12 observations

28 - 89 - 399 - 686 - 1021 - 1135 - 1144 - 1254 - 1360 - 1609 - 1616 - 1657 -

- Partie basse de l'excavation 8 observations

57 - 375 - 636 - 832 - 843 - 849 - 887 - 1379 - 1453 -

OIDP 5 observations

- Partie haute de l'excavation 0 observation

- Partie moyenne de l'excavation 4 observations

575 - 605 - 1570 - 969 -

- Partie basse de l'excavation 1 observation 984

OIGP 2 observations

- Partie basse de l'excavation 2 observations : 425 - 1104

OIDT 1 observation

- Partie basse de l'excavation 869

- Partie moyenne de l'excavation

583 - 622 - 844 - 872 - 897 - 1074 - 1365 - 1401 -

- Partie basse de l'excavation

723 - 724 - 884 - 951 -

OIGT 0 observation

C - RESULTATS

Pour la mère

Mortalité nulle

Déchirure périnéale partielle : 63 - 227 - 1547

Déchirure périnéale complète : 1104

Pour le foetus

Mortalité 2 observations

- mort-né

884 Prématuré 7 mois 1/2 mort-né macéré sans malformation
apparente

1657 Hématome rétro-placentaire au 7ème mois - mort-né utero - extrait macéré après rétention foetale probable de 15 jours.

II - VERSION PAR MANOEUVRES INTERNES

- 113/114 Grossesse gémellaire chez une quatrième pare de 32 ans - Accouchement par le siège complet d'un premier jumeau vivant. Version - Grande extraction : enfant vivant de 3540 gr.
- 306/307 Grossesse gémellaire chez une troisième pare de 26 ans - Accouchement naturel du premier jumeau. Procidence du bras postérieur du 2ème jumeau oedème du col - Abaissement du pied antérieur - grande extraction du siège - abaissement antérieur du bras - Manoeuvre de Mauriceau - Enfant de 2800 gr - réanimé.
- 374/375 Gémellaire chez une deuxième pare de 27 ans - Forceps pour le premier enfant - Version, grande extraction du siège pour le deuxième enfant vivant - 3000 gr.
- 758/759 Gémellaire chez une deuxième pare de 35 ans - accouchement naturel céphalique du premier enfant. Deuxième enfant présentation transverse . Version Grande extraction du siège , enfant vivant de 3360 gr.
- 878/879 Gémellaire chez une sixième pare de 34 ans - Premier enfant accouchement naturel - Deuxième enfant version - Grande extraction du siège - enfant vivant 2100 gr.
- 1114 Présentation transverse chez une dixième pare de 39 ans à 6 mois 1/2 de la gestation. Version - grande extraction du siège complet - Forceps pour rétention de la tête dernière - Enfant de 1460 gr. - ranimé après 20 minutes de soins - bonnes suites malgré une hémorragie méningée.
- 1253 Cinquième pare de 29 ans - Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 - Version - Grande extraction du siège complet - Enfant vivant de 1100 gr envoyé dans un centre de prématurés.
- 1529 Deuxième pare de 24 ans - Présentation transverse - Version épisiotomie - Grande extraction - Enfant de 3300 gr - Ranimé après 10 minutes de soins.

III - EPISIOTOMIES

A - AU COURS DES ACCOUCHEMENTS NATURELS

- Présentation du sommet 24 observations

56 - 78 - 97 - 132 - 301 - 576 - 617 - 678 - 740 - 772 - 803 - 996 -
1108 - 1141 - 1157 - 1161 - 1184 - 1197 - 1211 - 1245 - 1334 - 1495 -
1606 -

- Présentation pelvienne 4 observations

318 - 658 - 1220 - 1242 -

B - AU COURS DES GRANDES EXTRACTIONS DU SIEGE 2 observations

1226 - 1529 -

C - AU COURS DES APPLICATIONS DE FORCEPS 26 observations

108 - 124 - 319 - 575 - 583 - 636 - 676 - 681 - 724 - 843 - 844 - 849 -
869 - 872 - 887 - 1107 - 1132 - 1254 - 1379 - 1407 - 1453 - 1531 -
1572 - 1596 - 1627 - 1642 -

IV - CESARIENNES

A - CAUSES DE L'INTERVENTION

- Anomalie dynamique

- 345 Césarienne pour mauvaises contractions et souffrance foetale précoce chez une troisième pare de 29 ans - Enfant réanimé.
- 364 Primipare de 25 ans non engagement de la présentation - souffrance foetale à la rupture des membranes.
- 591 Primipare de 23 ans - Groupe sanguin A Rhésus négatif - liquide teinté non engagement de la présentation - souffrance foetale.
- 1005 Primipare de 27 ans - non engagement de la présentation après 18 heures de travail.

- Anomalie de la dilatation

- 613 Deuxième pare de 26 ans - Dilatation arrêtée à petite paume après 5 heures de travail - Césarienne itérative.
- 1083 3ème geste - deuxième césarienne - arrêt de la dilatation à 5 francs après 6 heures de travail.

1134 Césarienne itérative - arrêt de la dilatation à petite paume - rupture de la cicatrice antérieure.

- Viciations pelviennes

Bassin généralement rétréci 26 observations

6 - 31 - 126 - 316 - 343 - 377 - 408 (bassin coxalgique) - 449 - 482 (bassin rétréci siège) - 517 - 680 - 725 - 830 - 853 - 967 (césarienne itérative) 1034 - 1046 -(itérative) - 1119 - 1210 -(itérative)- 1326 (itérative) - 1338 - 1556 - 1687 - 1692 -

- Anomalies de la présentation 7 observations

286 - 1433 Présentation du front

182 - 660 - 1115 - 1264 - 1288 Siège décomplété

1384 présentation mal défléchie

- Placenta praevia 3 observations

315 - 945 - 1448 -

- Etat pathologique de la mère 16 observations

. Diabète 98 - 116 - 376 - 403 - 596 - 801 - 1473

. Hypertension - Obésité 171

. Epilepsie après opération pour angiome 4 - 440

. Albuminurie - Hypertension 185 - 1089

. Eclampsie 1146 (exitus)

. Méningite à germes banaux 1035

. Isoimmunisation maternelle 93

. Cal cicatriciel - tentative d'avortement au permanganate de potassium 206.

- Antécédents gynécologiques et obstétricaux 8 observations

316 Kyste de l'ovaire opéré au 7ème mois de la gestation

411 Isthme pexie corporeale

423 - 517 - 562 Itérative

1405 Itérative

1179 - 1668 Rupture de la cicatrice de la césarienne antérieure au cours du travail.

- Autres indications 6 observations

- 189 Rupture prématurée des membranes à 8 mois 1/2
Liquide amniotique sanglant - Césarienne au début du travail
- 715 Terme dépassé de 10 jours - Post maturation 3 semaines lors du précédent accouchement.
- 845 Terme dépassé
- 1271 -
- 1316 -
- 847 Insuffisance hormonale moyenne mal compensée.

B - VOIES D'ABORD

- Césarienne corporéale 4 observations

411 - 462 - 830 - 1473

- Césarienne segmentaire 68 observations

6 - 21 - 31 - 93 - 98 - 116 - 126 - 171 - 185 - 189 - 206 - 286 - 315 -
316 - 343 - 345 - 364 - 376 - 377 - 403 - 408 - 423 - 440 - 449 - 482 -
517 - 591 - 597 - 613 - 657 - 660 - 680 - 715 - 725 - 801 - 845 - 847 -
853 - 945 - 967 - 1005 - 1034 - 1046 - 1083 - 1089 - 1115 - 1119 -
1134 - 1146 - 1179 - 1210 - 1224 - 1264 - 1288 - 1291 - 1316 - 1326 -
1338 - 1371 - 1384 - 1405 - 1433 - 1448 - 1556 - 1635 - 1668 - 1687 -
1692 -

C - RESULTATS

- Mortalité de la mère

1146 Crise éclamptiques chez une primipare de 20 ans

- Mortalité du fœtus 3 observations

- 403 Diabète grave - insuffisance traitement
Hydramnios
Foetus macéré
- 1085 Hypertension grave avec albuminurie et signes oculaires
Enfant mort-né de 1120 gr
- 1668 Foetus macéré - Développement extra-utérin de l'oeuf par suite de la rupture d'une cicatrice de césarienne antérieure.

EN CONCLUSION

Sur 1698 accouchements :

- 86 applications de forceps ont eu lieu dont 5 à la partie haute de l'excavation.
2 enfants sont morts-nés
4 enfants ont nécessité des soins de réanimation.
- 72 césariennes ont été pratiquées
2 morts in utero
1 mort-né
11 enfants ont nécessité des soins de réanimation

V - STERILISATION

Indication 3ème césarienne itérative

- Diabète 98 - 116 - 376 -
- Cardiopathie 126
- Viciation pelvienne 343 - 408 - 449 - 462 - 680 - 725 - 830 - 853 -
1224 - 1326

1ère césarienne

- Hypertension grave avec signes oculaires chez une troisième geste
1089
- Rupture utérine chez une sixième pare 1179

2ème césarienne

- Anomalie de la dilatation - Rupture de la cicatrice antérieure 1134
- Césarienne itérative chez une huitième pare 1405
- Rupture de la cicatrice d'une césarienne antérieure 1668.

Technique

Ligature des trompes au fil de lin n° 1 suivie de section et enfouissement d'un moignon au moins de la trompe.

VI - EMBRYOLOGIE

1052 Embryotomie rachidienne sur un enfant macéré - présentation de l'épaule procidence d'un membre supérieur - pas de bruits de coeur au début du travail.

CONCLUSION

Sur 86 applications de forceps on note seulement 4 déchirures périnéales. Nous pensons que ces résultats s'expliquent par l'emploi du 2459 F 3697 RP dérivé du Pyrogallol qui est injecté systématiquement à dilatation complète.

Son choix par notre Maître le Professeur Agrégé J. GRASSET est fonction de son activité puissante (c'est un orthocurare) et de sa toxicité faible. Il n'entraîne pas d'effet histaminique et pas de dépression cardio-vasculaire. Potentialisé par l'administration préalable de médicaments antispasmodiques, antihistaminiques synaptolytiques, il permet à dose minime d'obtenir un effet curarisant sur le relâchement musculaire sans risque de bronchospasme.

Sur 72 opérations césariennes, 4 incisions corporéales, 68 hystérotomies segmentaires dont 65 transversales.

Le danger de désunion de la cicatrice utérine lors d'un accouchement Ultérieur, inconvénient majeur de l'incision transversale, peut être réduit en observant certaines règles précisées par notre Maître le Professeur J. GRASSET.:

- Incision aussi éloignée que possible de la zone musculeuse après décollement vésical poussé suffisamment loin.
- Affrontement soigneux des 2 berges de la plaie utérine - Recouvrement complet de la cicatrice par la vessie.

FOETUS ET NOUVEAU - NE

=====

I - ENFANTS MALFORMES VIVANTS 8 observations

192 (aspect mongolien) - 323 (agénésie probable du grand pectoral)
 556 (agnésie de l'articulation tibio-tarsienne) - 573 (malformation
 gastrique) 983 (absence de rotule et atrophie de la cuisse au membre
 inférieur gauche) 1210 (méga céphalie) - 1454 (prématuré de 6 mois
 présentant des traces de traumatismes sur la région inguinale et les
 petites lèvres) - 1528 (spina-bifida avec ulcération de la peau, para-
 lysie des membres inférieurs et du sphincter anal - 5ème enfant,
 3ème spina-bifida) - 1678 (pied gauche bot - chevauchement du premier
 et du deuxième orteil).

II - ENFANTS MALFORMES MORTS-NES

820 Hydrocéphale pieds bots - malformation digitale
 857 Hydrocéphale
 1494 Hydrocéphalie avec malformation génitale

III - AFFECTIONS DIVERSES

93 Vème enfant d'une mère O Rhésus négatif - enfant O Rhésus
 positif test de Coombs positif - exsanguino transfusion.
 309 IIIème enfant d'une mère O Rhésus négatif
 575 VIème enfant d'une mère A Rhésus négatif - Test de Coombs
 direct positif traité par exsanguino transfusion - Cortancyl -
 Sort en bon état général.
 721 Céphalématome
 748 IIème enfant d'une femme O Rhésus négatif - Ictère le 3ème
 jour - Coombs direct négatif - Bilirubinémie à 110 mg - Exsan-
 guino transfusion sort en bon état.

- 875 VIème enfant d'une mère O Rhésus négatif - Ictère le 7ème jour
formule sanguine normale - Groupe A Rhésus négatif - Sort en
bon état général
- 1114 Prématuré 6 mois 1/2 - présentation transverse - version par
manoeuvre interne - Grande extraction du siège - Forceps pour
rétention de tête dernière - Pesant 1460 gr - criant après 20
minutes de réanimation - Hémorragie méningée - Dirigée sur
un centre de prématurés - sort en bon état général.
- 1208 IIème enfant 3200 gr - Ictère au 3ème jour - présence d'hymo-
lysine dans le sang - Cortancyl - sort en bon état.
- 1416 IIIème enfant d'une mère A Rhésus négatif - 3600 gr - Ictère
modéré au 4ème jour - Test de Coombs direct négatif - Biliru-
binémie 20 mg - Cortancyl - Sort en bon état.
- 1504 Conjonctivite

IV - ENFANTS REANIMES

32 observations

- 56 Double potentialisation chez une primipare - Episiotomie
- 305 Grossesse gémellaire - Grande extraction par le siège
- 315 Césarienne pour placenta recouvrant - 343 (césarienne pour
bassin rétréci) - 345 Césarienne pour anomalie de la dynamique
utérine - 428 (forceps pour non progression) - 440 (césarienne pour
crises convulsives et antécédents tuberculeux) 595 (double circulai-
re du cordon) - 787 (liquide teinté) - 748 (incompatibilité rhésus)-
816 (circulaire serrée du cordon) - 831 (liquide teinté - prématuré
de 8 mois I/2) - 845 (césarienne pour terme dépassé de 20 jours) -
847 (césarienne pour souffrance foetale, insuffisance hormonale
globale mal compensée) - 874 (insuffisance hormonale globale sévère
chez la mère) - 971 (prématuré de 7 mois) - 1083 (césarienne ité-
rative pour anomalies de la dilatation). 1104 (Forceps pour souffran-
ce foetale - Terme dépassé de 10 jours) - 1114 (prématuré de 6 mois
1/2 - Présentation transverse - Version grande extraction - forceps)
1132 (forceps pour terme dépassé de 20 jours - souffrance foetale
et fatigue maternelle) - 1179 (césarienne pour rupture utérine)
1242 (siège décomplété) - 1302 (Forceps pour le Ier enfant d'une
gestation triple) 1303 (grande extraction du siège - gestation triple)
- 1304 (siège complet gestation triple) - 1333 (double circulaire du
cordon) - 1624 (liquide purée de pois) - 1473 (Césarienne itérative
pour diabète) - 1629 (présentation transversale version grande extrac-
tion) - 1635 (césarienne pour méningite à germes banaux) - 1683
(Forceps pour effets expulsifs inefficaces).

V - MORTS NES

10 observations

529 Prématuro de 6 mois - 769 (insertion latérale du placenta rupture prématurée des membranes à 8 mois) - 820 (Hydrocéphalie chez une femme ayant subi une myomectomie à 2 mois 1/2 de la gestation) - 857 (hydrocéphalie) - 1090 (terme dépassé de 10 jours - déclenchement du travail chez une troisième pare - liquide teinté) - 1092 (Diabète chez une IVème pare - Forceps pour procidence du cordon) 1089 (Hypertension grave avec signes oculaires et albuminurie) - 1494 (Hydrocéphalie) - 1601 -(primipare présentant une insuffisance hormonale) 1581 (VIIIème pare insertion marginale du placenta - Hémorragie très abondante au 8ème mois.

VI - MACERES

16 observations

78 (diabétique non traitée) - 158 (prématuré 6 mois 1/2) - 403 (diabète grave Hydramnios - foetus macéré 4700 gr) - 459 (insuffisance hormonale globale sévère , grossesse interrompue à 6 mois) - 504 (interruption de la grossesse à 6 mois 1620 gr) - 573 (hématome rétro-placentaire insertion latérale du placenta - 2400 gr - 784 (prématuré de 7 mois 1/2 - forceps - 1580 gr) - 754 (prématuré à 8 mois I/2) - 1052 (IVème pare - 8 mois I/2 - présentation de l'épaule - embryotomie rachidienne enfant macéré de 2400 gr) - 1495 (primipare A Rhésus négatif - foetus macéré de 2300 gr) - 1593 (diabétique - accouchement prématuré à la 38ème semaine - foetus macéré de 3400 gr) - 1644 (obésité et hypertension chez une Vème pare - accouchement naturel à terme d'un foetus macéré) - 1527 (accouchement naturel à terme d'un foetus macéré chez une IIème pare) - 1585 (Diabétique IIIème pare insuffisance hormonale grave - 1 enfant mort-né à la deuxième gestation - accouchement naturel à terme d'un foetus de 2760 gr macéré) - 1657 (hématome rétro-placentaire au 7ème mois chez une primipare - Extraction par forceps d'un foetus macéré de 2100 gr) - 1688 (diabète léger chez une primipare - Accouchement naturel d'un foetus macéré de 1300 gr.

VII - DECEDES APRES LA NAISSANCEA - PREMATURATION 12 observations

176 (prématuré 6 mois - 1050 g mort peu après - 193 (ranimé après 10' de soins mort peu après) - 329 (prématuré de 6 mois 1120 gr - mort 4 heures après sa naissance) - 444 (980 gr hypotonique respirant après 1/4 heure de soins - mort peu après) - 594 (820 gr - mort

quelques heures après) - 649 (prématuré 7 mois - mort 5 heures après la naissance) - 789 (prématuré de 6 mois - décédé 1 heure après) 971 (2400 gr décédé 48 heures après sa naissance - prématuré de 7 mois) - 1015 (1280 gr prématuré de 6 mois mort 3 heures après) 1113 (prématuré 5 mois mort 1 heure après sa naissance) - 1180 (1500 gr cyanosé - ranimé - mort le 3ème jour prématuré de 6 mois) - 1549 (prématuré de 6 mois - décédé 4 heures après la naissance) - 1617 (prématuré 6 mois 1/2 - syncope blanche mort 1 heure après).

B - AUTRES CAUSES

554 (enfant de 2300 gr né à terme accouchement naturel - ranimé après 1/4 h. mort 5 heures après - mère diabétique avec insuffisance hormonale légère.

1375 Terme dépassé de 15 jours - enfant cyanosé à la naissance - criant après 5' de soins - mort 48 heures après.

VIII - MORTINATALITE ET MORTALITE NEO-NATALE

Sur 1698 accouchements nous comptons :

- 1589 enfants nés au voisinage du terme
- 109 prématurés

La mortalité globale est de 31 soit 1,8 %

Sur ces 31 morts :

- 12 sont nés aux environs du terme soit 0,75%
- 19 prématurés soit 17,4%

Sur les 12 nés au voisinage du terme

- 10 sont morts-nés macérés
- 2 décédés dans les 30 premiers jours

Sur les 19 prématurés :

- 7 sont morts nés ou macérés
- 12 sont morts après la naissance.

Dans le tableau suivant où sont réunis ces résultats les chiffres concernant les prématurés ne concernent pas les prématurés adressés à des centres spécialisés en raison même de la précarité de leur état.

MORTALITE GLOBALE	N A I S S A N C E S					
	A Terme			Prématurés		Total
	1589			109		1698
	Nombre et Pourcentage					
	12	0,75%		19	17,4%	31 1,8%
MORTINATALITE	10	0,62%		7	4,4%	17 1%
MORTALITE NEO-NATALE	2	0,14%		12	11%	14 0,71%

MORTALITE MATERNELLE

=====

A - PENDANT LA GESTATION O observationB - PENDANT L'ACCOUCHEMENT O ObservationC - A LA SUITE D'AVORTEMENT 1 observation

Malade admise dans le coma, agitée et apyrétique - Trachéotomie le 2ème jour pour troubles respiratoires - Expulsion le 3ème jour d'un foetus mort et macéré de 6 mois. Révision utérine pour délivrance incomplète - Amélioration le 5ème jour . Hypotomie, Apoplexie troubles respiratoires - Mort au 6ème jour.

D - A LA SUITE D'UNE INTERVENTION 1 observation

1146 Primipare âgée de 20 ans - terme dépassé de 24 jours. Entre dans le service pour : Hypertension
Oedème généralisé
Crises éclamptiques
L'apparition d'un coma malgré le traitement sédatif fait poser l'indication d'une césarienne.

Dans les suites opératoires les crises d'éclampsie se répètent (jusqu'à 7 crises en 5 heures). Une anurie s'installa au 4ème jour , en même temps qu'un certain degré de conscience réapparaît. Le 5ème jour aggravation brutale avec hyperthermie chute tensionnelle - mort.

EN CONCLUSION

On a enregistré une mortalité globale de 2 cas sur 2171 femmes hospitalisées soit une proportion de 1 cas de décès sur 1085 femmes

hospitalisés.

Prophylaxie anti-infectieuse par les sulfamides et les antibiotiques
Déconnection par les ganglioplégiques en cas de toxémie grave, anti
coagulant devant toute menace de thrombose expliquent ces progrès
remarquables. Néanmoins dans certains cas une liaison constante
avec les services spécialisés demeure indispensable.

ooOoo

C O N C L U S I O N

=====

L'étude de l'activité obstétricale de la Maternité de la Pitié pendant l'année 1959 nous a montré que sur 1698 accouchements :

- la mortalité maternelle avait été de deux cas, soit 0,09%
- la mortalité maternelle de 15 cas : suites de couches fébriles
11 cas
phlébites 4 cas.
- la mortalité infantile globale de 31 cas, soit 1,8%
 - . enfants nés aux environs du terme : 12 cas soit 0,75%
 - . prématurés: 19 cas, soit 17,4% ; ce chiffre étant celui des prématurés suivis dans le service, les autres étant, comme on l'a vu dirigés vers des services spécialisés.

Dans le même domaine strictement obstétrical les travaux du service ont porté sur :

- La prophylaxie et le traitement des accidents septiques de la gestation, du post-partum et du post-abortion, par la recherche des germes vaginaux systématiquement effectuée, en particulier en ce qui concerne les mycoses vaginales.
- La surveillance, le traitement de la gestation chez les diabétiques et la détermination du mode de terminaison le plus favorable de ces grossesses
- Le diagnostic des grossesses prolongées par la méthode des frottis vaginaux et l'application d'une méthode médicamenteuse de déclenchement artificiel du travail mise au point par le Professeur Agrégé J. GRASSET.
- La méthode d'accouchement physiologiquement accéléré employée dans le service du Professeur J. GRASSET depuis une dizaine d'années et dont les résultats se sont révélés particulièrement bénéfiques dans l'accouchement des prématurés.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. Mr LACOMME

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

=====

- 1 - Contribution à l'étude des mycoses vaginales (J. GRASSET, J. SENEZE
R. GAUTHIER - La semaine des Hôpitaux de Paris N° 21 - 6 avril 1957)
- 2 - L'anesthésie au penthotal curare au cours des opérations césariennes
(Pr. J. GRASSET, Entretiens de Bichat - Oct. 1949).
- 3 - Nouvelle étude de 166 cas d'insuffisance hormonale de la gestation
(J. GRASSET, J. SENEZE, R. GAUTHIER - La semaine des Hôpitaux
de Paris N° 30-4, 20 Mai 1956).
- 4 - Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié pour l'année
1955 (Chr. KLEIN - Thèse Paris 1959).
- 5 - Conduite à tenir vis-à-vis d'une diabétique enceinte (Pr. J. GRASSET
Vie médicale N° 41 - Juillet 1960)
- 6 - Les ganglioplégiques et anti-histaminiques en pratique obstétricale
(R. GAUTHIER - Thèse Paris 1953)
- 7 - Retentissement réciproque de la gestation et du diabète (Pr. J. GRASSET
Vie Médicale N° 41 - Juillet 1960).
- 8 - L'opération césarienne chez la diabétique. A propos de 36 cas
(Pr. J. GRASSET - KLEIN - GAUTHIER) Congrès Assoc. Gynec. et
Obst. de Langue Française 1959).



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS - V.
Téléphone : ODÉon 58-90